LA SANTÉ PUBLIQUE



L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI

N° 15 • NOVEMBRE 1947

REVUE INTERNATIONALE D'ARCHITECTURE CONTEMPORAINE ✱ 18e ANNÉE ✱ N° 15 ★ NOVEMBRE 1947

L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI

5, RUE BARTHOLDI, BOULOGNE (SEINE) - TEL. MOLITOR 31-71. C. CHEQUES POSTAUX PARIS 1519-97

15

LA SANTÉ PUBLIQUE

PROGRAMME GENERAL ETABLI PAR PAUL NELSON
PRESENTATION PAR ANDRE SCHIMMERLING
CONSEILLER TECHNIQUE : J.-H. CALSAT

PREMIÈRE PARTIE
PRINCIPES D'ORGANISATION

LA DEUXIEME PARTIE DE CETTE ETUDE SERA CONSACREE AUX UNITES D'ESPACE-TYPES

AGENTS GÉNÉRAUX DE LIBRAIRIE

BELGIQUE : OFFICE INTERNATIONAL DE LIBRAIRIE, 184, Rue de l'Hôtel des Monnaies, BRUXELLES. - **BRÉSIL :** Livraria ASKANASY Ltda Caixa Postal 4528, RIO DE JANEIRO. - **ÉTATS-UNIS :** A. de MENDELSOHN 8.201 Britton Avenue ELMHURST (Long Island) NEW-YORK. **PORTUGAL :** AGENCIA EDITORIAL A. VALENTE & RIBEIRO Lda, R. de Santa Téréza, 26-1°, PORTO.

Ce numéro a été tiré à 10.000 exemplaires. Tirage et Diffusion contrôlés par l'Office de Justification des Tirages

ABONNEMENTS (UNE ANNEE, SIX NUMEROS)
FRANCE ET UNION FRANÇAISE : **1.400 FRS** ★ AUTRES PAYS : PLEIN TARIF : **1.700 FRS**,
TARIF POSTAL REDUIT : **1.550 FRS** ★ CE NUMERO : FRANCE : **350 FRS**, ETRANGER : **400 FRS**
STUDIO AA ET PUBLICITE: DIRECTEUR A. MARGUERITTE

TRIBUNE LIBRE

ATTAQUES CONTRE LA CHARTE D'ATHÈNES

Nous assistons, en ce moment, à une assez curieuse tentative Elle tend à minimiser la Charte d'Athènes et, par voie de conséquence, les résultats qu'on peut espérer de sa diffusion.

Les raisons qui motivent cette opération demeurent obscures... et les auteurs des différentes tentatives de démolition restent discrets quant aux motifs qui les font agir.

Les procédés employés sont surprenants.

Il semblerait normal, puisqu'il s'agit de combattre un livre de doctrine aboutissant à des principes précis, qu'on engage l'attaque sur le plan technique en s'efforçant de contester — avec les arguments qui conviennent — les conclusions proposées.

Ce n'est pas ainsi qu'on procède.

On se borne, dédaigneusement ou péremptoirement suivant le caractère de l'attaquant, à formuler quelques observations rapides, quelques jugements plus que sommaires... et on s'en tient là.

Le mode « dédaigneux » est celui qu'employa un camarade qui, il y a quelque temps, laissa négligemment tomber, devant plusieurs confrères quelque peu sidérés, ces mots définitifs : « La Charte d'Athènes est dépassée... »

Vous avez bien entendu ? La Charte d'Athènes « dépassée »... en France !

Disons qu'elle commence à être « atteinte » dans certains pays... mais hélas, pas encore chez nous.

Le mode « péremptoire » est adopté par un autre camarade qui énonce froidement : « La Charte d'Athènes ?... Vieille chose... elle « date de 1931 !

« Et d'ailleurs aucune doctrine... elle se borne à préconiser l'habi- « tation en hauteur...

« Comme le prouvent les articles 28 et 29 que je vais vous « lire... »

N'allez pas croire que j'exagère.

Ces propos monumentaux ont parfaitement été tenus en public par Gaston Bardet, au cours de son intervention relative à mon rapport sur la nécessité d'informer le public des questions d'urbanisme.

La chose se passait au Congrès National d'Habitation et d'Urbanisme en juillet dernier.

En séance, Bardet aborda plusieurs questions :

1° une question personnelle, que je ne reprends que pour mémoire : « Quelles sont nos valeurs respectives ? »

2° une question de fait : « De quand date la Charte d'Athènes ? »

3° une question de doctrine : « Que valent les principes de la Charte d'Athènes ? »

A ceci est venu, depuis, s'ajouter sa lettre qui complète ses arguments oraux sur les questions 2° et 3°.

Je vais tenter de répondre méthodiquement à tout.

Puis, je poserai à mon tour une question que j'estime essentielle : « Pourquoi Bardet attaque-t-il la Charte d'Athènes ? »

Premier point : QUELLES SONT NOS VALEURS RESPECTIVES ?

Bardet estime qu'il est un urbaniste plus qualifié que moi. C'est son droit.

Cette appréciation ne me gênant pas, je ne vois pas, dès lors qu'elle semble lui apporter une certaine satisfaction, la nécessité de la discuter.

Second point : DE QUAND DATE LA CHARTE D'ATHENES ?

La querelle que Bardet cherche à la Charte, quant à la date de sa naissance, présente deux aspects :

Celui relatif à « la lettre »;
Celui relatif à « l'esprit ».

Etudions d'abord « la lettre ».

Il s'agit de savoir si la Charte date **matériellement** de 1933 ou de 1943.

Mais quelle Charte ? Le rapport du Congrès d'Athènes ou le petit livre édité par PLON ?

Aucun doute ne peut exister, c'est du livre qu'il s'agit. C'est bien lui que j'ai cité en des termes ne prêtant pas à confusion. Mieux, c'est lui auquel Bardet pensait puisque c'est dans son texte qu'il a trouvé les deux articles qu'il a lus. Or, ce livre date de 1941 pour la rédaction, de 1943 pour la publication et pas de 1933.

Voilà pour « la lettre ».

Voyons maintenant « l'esprit ».

L'argument Bardet est celui-ci : « La Charte, publiée en 1943, n'est que le rapport du Congrès de 1933 dont elle reproduit les arguments et même le nom : « Charte d'Athènes », donc, bien que datée de 1943, elle date de 1933.

C'est ce qu'il a dit au Congrès.

C'est ce qu'il prétend confirmer par ces lignes, citées dans sa lettre :

« Il est écrit dans l'ouvrage « La Charte d'Athènes », publiée « en 1943, page 48, à propos du 4e Congrès d'Athènes, la phrase « suivante : « Un fruit précieux après ces quinze jours d'ardent tra- « vail : la CHARTE D'ATHENES. »

Eh bien, malgré son affirmation et sa citation, je prétends que Bardet essaye de mélanger arbitrairement deux choses absolument distinctes. Et je vais expliquer pourquoi.

La CHARTE D'ATHENES utilise certes, en 1943, des matériaux qui proviennent du rapport de 1933.

Elle n'est pas pour cela le rapport.

Elle l'est si peu que, non seulement elle en commente, explique et développe les conclusions, mais elle les complète par des adjonctions si importantes qu'on se trouve en face d'un ouvrage neuf qui a strictement le droit de porter la date du jour où il paraît. Il y a mieux, puisque la CHARTE de 1943 va jusqu'à tirer la leçon des événements qui se sont écoulés depuis 1933 !

Pour s'en convaincre, il suffisait à Bardet de lire le discours liminaire de GIRAUDOUX, qui parle de « l'impression de démérite que le peuple français a éprouvée en 1940 ».

A moins qu'il ne prétende dater cette phrase de 1933, elle aussi... Où donc, d'ailleurs, a-t-on jamais vu dater un ouvrage de la date de ses sources ?

Ne puis-je écrire, aujourd'hui-même, un livre qui fera état d'études, non pas vieilles de dix ans, mais de deux cents ans et qui, pourtant, sera bien d'aujourd'hui ?

Au fond, tout le mal vient de la manière de citer.

Avec un tel déplorable système d'isoler un bout de phrase, Bardet aboutit à lui faire dire exactement le contraire de ce qu'il eût dit, entouré de son contexte.

C'est le cas pour l'alinéa qu'il a utilisé.

Pour lui rendre un sens véritable, il suffisait de reproduire sept toutes petites lignes des pages 50 et 51 où il est dit, faisant le bilan de ce que donna le Congrès :

RESULTAT :

a) le livre du IVe Congrès d'Athènes dont la parution aux U.S.A. a été retardée par l'insécurité des temps;

b) un gros album de planches, mis au point par les Hollandais, dont la publication a subi les mêmes difficultés;

c) le présent ouvrage, sous l'initiative du groupe CIAM France : « Explication de la CHARTE D'ATHENES. »

Voilà qui est clair, voilà qui met à leur place le rapport, l'album, le livre...

Voilà qui supprime la confusion que Bardet crée.

Le même accident provoqué par le même système, se reproduit ailleurs.

Les mots « après quinze jours d'ardent travail » sont de nature à faire croire à celui qui lira la lettre de Bardet et qui ne lira qu'elle, que la « Charte » est un travail qui a demandé quinze jours...

Inutile de dire que nous sommes loin de compte... et que, si la réunion dura bien quinze jours, il y eut des mois de préparation... mais ça, personne ne peut le savoir en lisant la citation écourtée.

Il suffisait — c'était peu de chose — de citer, ou même de renvoyer au texte de la page voisine de celle où la référence est prise, pour qu'on connaisse l'existence du très sévère programme imposé par le Comité directeur pour préparer le Congrès.

Il importait de faire savoir aux lecteurs que ce Comité (le C.I.R. P.A.C. — Comité International pour la Réalisation de Problèmes architecturaux contemporains) avait prescrit l'analyse des plans de trente-trois villes situées dans dix-huit pays différents; qu'il en était résulté des travaux importants, tels que la confection des plans de Paris, Londres, Berlin, qui couvraient jusqu'à seize mètres carrés.

Ceci devait être su, donc dit.

Revenons à la lettre. J'y lis encore ceci : « ...que ces constatations « soient expliquées dix ans après, n'empêchent pas qu'elles ont été « faites en 1933. »

Et alors ?

Tout ce qui date de 1933 est périmé en 1947 ?

Bardet prétendrait-il, par hasard, qu'une conclusion valable ne puisse pas durer quatorze ans ? Qu'elle soit obligatoirement déclassée passé ce délai ?

C'est insoutenable...

Une conclusion ne peut être contestée qu'autant qu'il est établi, soit qu'elle a été prise à la suite de raisonnements faux, soit que les circonstances ayant évolué, le problème ne se pose plus de la même manière.

Quant à prétendre au « vieillissement automatique » au bout d'un délai quelconque, c'est une plaisanterie.

De tout ceci je me crois autorisé à tirer cette première conclusion : dans sa lettre, comme dans son esprit, le livre « La CHARTE D'ATHENES » date de 1941-1943 et pas de 1933.

Troisième point :

QUE VALENT LES PRINCIPES DE LA CHARTE D'ATHÈNES ?

L'accusation essentielle que Bardet a portée contre eux est à peu près celle-ci : la Charte d'Athènes ne préconise que la construction en hauteur.

A l'appui de quoi il a donné lecture des articles 28 et 29. Nous retrouverons, ici encore, le fâcheux système de la citation incomplète.

En l'appliquant ici, on fait juger sur deux articles la doctrine d'un livre qui en comprend 95.

Système inadmissible puisqu'il aboutit à inverser l'opinion qu'aurait eue l'auditeur s'il avait pu tout connaître.

Conserve-t-on un doute là-dessus ?

Qu'on veuille bien, dans ce cas, constater que celui qui n'a entendu que l'exposé Bardet ignorera toujours :

1° que les deux articles qu'il a cités et qui préconisent les constructions hautes ne s'appliquent qu'au **seul cas des villes**. Ils sont, en effet, inclus dans le chapitre « Etat critique des Villes »;

2° que, même dans ce cas précis, ils font encore l'objet de toutes les réserves nécessaires, puisqu'il est dit, page 126 : « ...reste à déterminer par un examen sérieux des problèmes urbains, la hauteur qui convient le mieux à chaque cas particulier. »;

3° qu'enfin les CIAM, rédigeant la Charte, étaient si peu certains que la solution de la construction haute soit la seule valable qu'ils ont pris la peine de préciser :

a) **A la page 159 :**

« ...trois types d'habitation seront disponibles au gré des habitants :
« la maison individuelle de cité-jardin, la maison individuelle
« doublée d'une petite exploitation rurale, enfin l'immeuble col-
« lectif muni de tous les services nécessaires au bien-être de ses
« occupants. »

b) **A la page 42 :**

« ...Il (le Congrès) a constaté que les immeubles élevés pouvaient
« apporter au problème du logis une solution heureuse sans pour-
« tant que cela signifie que cette solution soit la seule acceptable. »

c) **A la page 43 :**

« ...Les CIAM ne considèrent pas que l'immeuble élevé soit la
« seule solution possible du problème du logis, mais cette forme
« d'habitation comporte de si nombreux avantages qu'il apparaît
« comme nécessaire de poursuivre les études concernant les res-
« sources possibles qu'elle offre et d'entreprendre, à titre d'ex-
« périence, certaines réalisations immédiates. »

Je pense qu'on ne peut être plus clair, et je tire de ceci cette seconde conclusion : « Les CIAM n'ont jamais préconisé « exclusivement » la solution de l'habitation en hauteur. »

Avant de poser ma question à moi, je tiens à dire un mot sur la fin de la lettre Bardet.

Il y est écrit : « ...ce qui serait plus grave ce serait si ces « Lapalissades » avaient été écrites en 1943, car cela montrerait une « ignorance impardonnable » à l'époque de l'Urbanisme. »

Lapalissades, ignorance impardonnable, voici bien des grands mots... Le moindre argument m'eût intéressé davantage.

Il y est écrit aussi : « ...d'ailleurs, les CIAM n'ont jamais eu pour but l'Urbanisme (cf. p. 31), mais l'Architecture — chacun son métier. »

Bardet a donc lu les statuts des CIAM ?

Il a bien fait, on les a mis dans le livre pour ça... Et il y a découvert cet argument irrésistible : « On y parle « d'architecture » et pas « d'urbanisme » !

Le malheur c'est qu'il n'ait pas lu — ou qu'ayant lu, il n'ait pas cité — le texte des pages 28 et 29 qui explique, tout au long, « comment les CIAM conçoivent l'Urbanisme » non plus que la phrase de la page 48 qui dit « La Charte d'Athènes ouvre toutes ses portes à l'urbanisme moderne. »

Ici, encore et toujours, nous voici plongés dans la confusion, grâce à l'admirable système de la citation incomplète. Mais, grâce à lui, on peut conclure victorieusement : les CIAM n'ont jamais eu pour but l'Urbanisme.

Et voilà !

Je ne ferai pas à Bardet l'injure de penser qu'il était sérieux en parlant de l'impossibilité « statutaire » des CIAM à s'occuper d'Urbanisme...

Non seulement, il sait fort bien avec quelle facilité les statuts eûssent pu être complétés si on en avait éprouvé le besoin, mais il sait, tout autant que moi, que le mot « architecture » qui y fut mis englobait tout.

Il sait surtout, il devrait savoir en tout cas, car c'est bien là l'essentiel, que les statuts d'un tel groupe sont une chose et que la qualification de ses membres pour traiter d'une question est une toute autre chose.

De tout ceci je tire cette troisième conclusion : les CIAM ont le droit de s'occuper d'Urbanisme... ils en ont même le devoir, tant il est évident qu'il serait souhaitable que tous ceux qui — avec ou sans titres, avec ou sans statuts — ont à s'en occuper, puissent disposer de la documentation, des connaissances professionnelles, du talent et même du courage civique du groupe CIAM d'Athènes.

Et maintenant, ayant liquidé les questions posées par Bardet, je pose à mon tour les miennes.

POURQUOI ATTAQUE-T-ON LA CHARTE D'ATHÈNES ?

Pourquoi Bardet intervient-il lui-même à tout propos contre la Charte ?

Si il ne l'aime pas, qu'il se décide une bonne fois à nous dire pourquoi.

Mais qu'il donne des raisons sérieuses...

Autre chose que ce que nous venons d'examiner...

Faute de quoi, nous sommes bien obligés de constater que tout se passe exactement comme si la Charte constituait une gêne pour certains urbanistes...

Porterait-elle ombrage à leur valeur ?

N'y aurait-il donc plus place pour tout le monde ?

Craint-on, ce qui me semble plus vraisemblable, que ceux qui ont à juger des projets prennent l'habitude d'utiliser le critère de bon sens fourni par la Charte...

Pour Bardet en particulier, mon opinion — il lui reste à me démontrer qu'elle est fausse — est que, tenant pour un certain nombre d'idées (parmi lesquelles il y peut en avoir de justes), il ne peut pas admettre qu'il en existe d'autres.

En conséquence, il fonce et il attaque même si, comme ce fut le cas cette fois-ci, l'attaque ne repose sur rien.

Sur rien, c'est peut-être beaucoup dire.

Il y avait peut-être, dans son histoire, un reproche qui eût pu à la rigueur, offrir une certaine consistance.

Il nous a révélé qu'il existait au Ministère une étude, faite par DUVAL, dont les conclusions mettaient, sur un point, en échec celles de la Charte.

Cette étude démontre, a-t-il dit, que la solution de la construction en hauteur n'est pas la meilleure lorsqu'il s'agit d'obtenir une densité d'habitation élevée.

Devant cette affirmation, je ne puis dire qu'une chose, c'est ma stupeur d'apprendre qu'il existe, sur un sujet qui nous intéresse tous — et à quel point ! — une étude de cette importance et qu'on ne la publie pas.

Qu'attend-on, sapristi, qu'attend-on ?

Et Bardet lui-même, qui dispose d'un journal, qu'attend-il ?

Avant de conclure, un dernier mot me concernant.

On a pu voir que je parle de la Charte en termes plus que favorables.

Qu'on ne se hâte point de me dire que je suis orfèvre... Mais qu'on sache simplement que je ne suis pour rien dans la rédaction de cet ouvrage.

Je suis CIAM, mais je n'étais pas à Athènes et je n'ai pas non plus participé à l'élaboration du livre de 1941.

C'est pourquoi on me voit tellement à mon aise pour répéter que ce petit bouquin est excellent, qu'il répond à un besoin et que, dans un pays où le mal le plus grave est le défaut général d'information, il est plus que regrettable de voir Bardet passer son temps à éreinter, au moment même où il peut rendre les services les plus éminents, un tel remarquable outil de documentation.

N'a-t-il donc jamais mesuré l'aide énorme que ce livre nous apporte non seulement pour l'information du public, mais bien aussi pour celle des professionnels ?

N'a-t-il pas vu avec quelle clarté cet ouvrage a su dégager quelques principes simples (simples quand l'analyse est faite, bien sûr, mais infiniment moins simples auparavant) et les exprimer sans emploi de mots techniques, dans une langue accessible à tous ?

N'a-t-il pas vu que ces principes sont les premiers — et les seuls — à être en accord complet avec les conditions posées par la civilisation d'aujourd'hui ?

Comment, devant un travail de cette valeur, peut-il adopter une attitude de démolisseur ?

Pourquoi ne pas plutôt chercher ce qu'il peut y trouver de bon, même si sur certains points sa propre pensée diffère de celle des auteurs ?

Bardet a lui-même écrit sur l'Urbanisme, il a préconisé certaines méthodes, certains systèmes, développé des idées qui valent ce qu'elles valent...

Comment jugerait-il les gens uniquement préoccupés de le « contrer », écrivant et discourant uniquement pour détruire ce qu'il a proposé ?... assez sévèrement je pense !

Alors, pourquoi lui-même ?

Une seule pensée devrait le lui interdire : celle que le bilan de tout ce travail de massacre qu'il entreprend ne peut être que négatif et que la négation n'a jamais rien produit.

Seule l'action positive, avec les honorables risques d'erreur qu'elle comporte, puisque nous ne sommes hélas que des hommes, peut prétendre à obtenir un résultat constructif.

Seule la foi agissante peut engendrer la vie.

La négation desséchante, la critique stérilisante ne peuvent aboutir qu'au doute, aux abandons, à la stérilité.

Si je pouvais lui faire partager ce point de vue, cette interminable épître n'aurait pas été inutile.

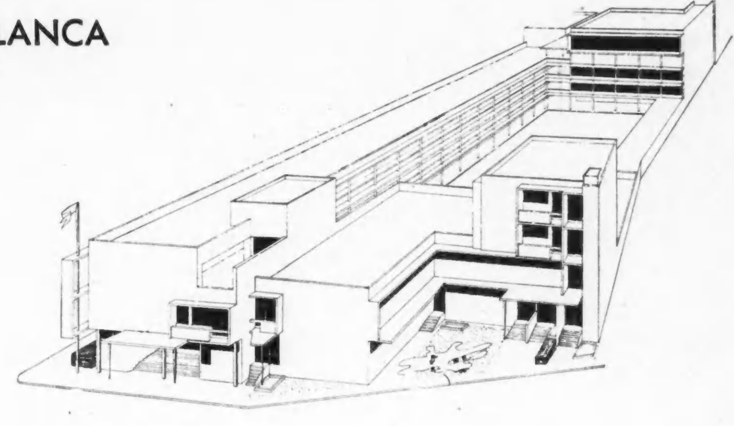
M. LODS.

TRIBUNE DES JEUNES

Les travaux des jeunes architectes nous paraissent mériter souvent de retenir l'attention de nos lecteurs. Nous pensons donc leur réserver régulièrement une place, et nous recevrons avec la plus grande sympathie les propositions qui nous seront adressées

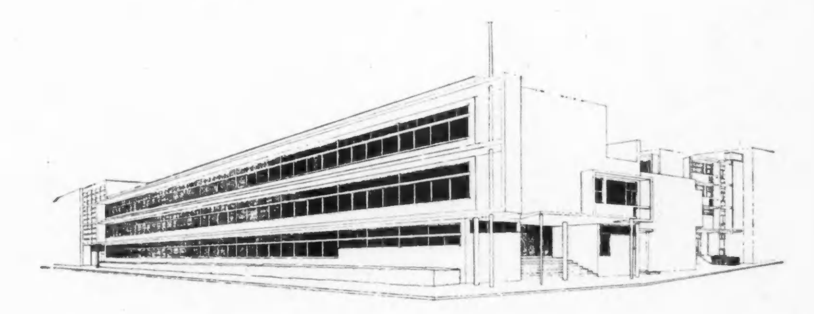
DISPENSAIRE - ÉCOLE A CASABLANCA

AROUTCHEFF
AZAGURY
ERDELY
JAUBERT, Architectes.



VUE PERSPECTIVE.

CONCOURS
POUR LA CONSTRUCTION D'UNE ECOLE-DISPENSAIRE POUR LA COMMUNAUTE ISRAELITE DE CASABLANCA.



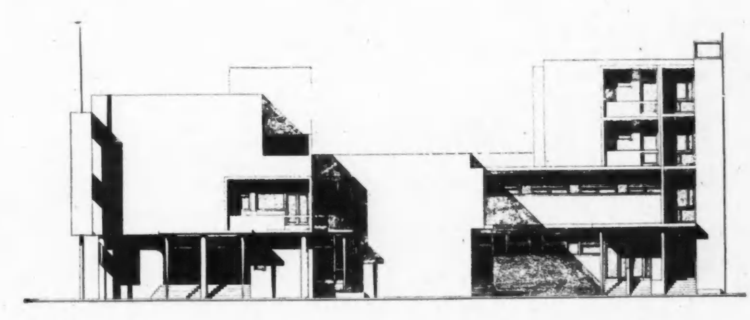
FAÇADE EST.

Le programme demandait pour l'école une trentaine de classes, deux réfectoires, une cuisine et des bureaux d'administration réduits.

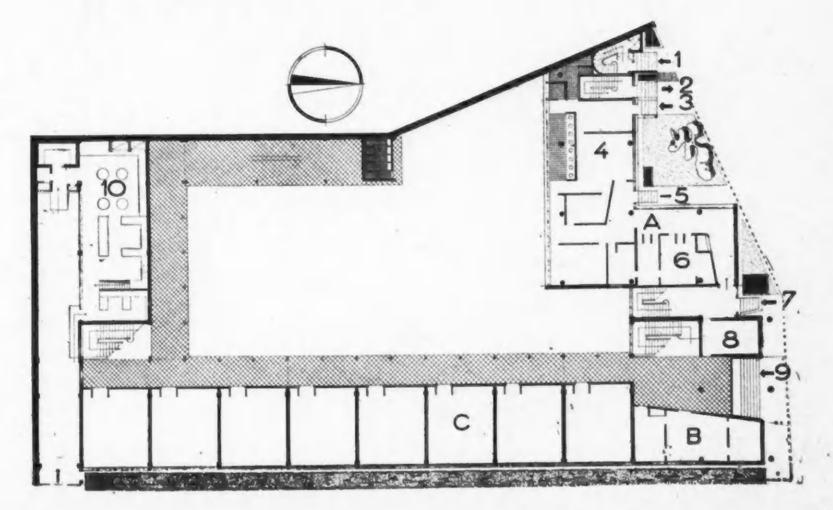
Le dispensaire comprend la médecine générale, un service dermatologique, un service de radiographie, deux appartements pour le directeur de l'école et le directeur du dispensaire.

Construction en béton armé avec auvent brise-soleil sur toutes les façades.

Ce projet, un projet de « jeunes », a obtenu le 1er Prix, et doit être incessamment mis à exécution.



FAÇADE NORD.



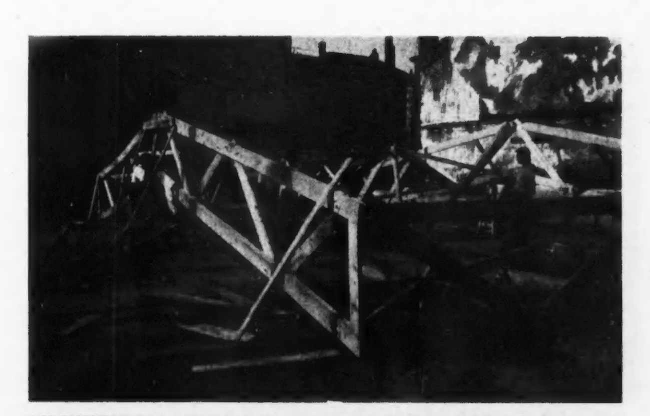
PLAN DE L'ETABLISSEMENT.

A. Dispensaire. — **B.** Administration. — **C.** Classe de 32 élèves. — **1.** Entrée appartement directeur. — **2.** Sortie premier étage. Dispensaire. — **3.** Entrée service teigne. — **4.** Consultation teigne. — **5.** Sortie service teigne et radio. — **6.** Radio. — **7.** Entrée premier étage. Radio. — **8.** Gardien. — **9.** Entrée de l'école. — **10.** Cuisine.

MATÉRIAUX ET TECHNIQUES

TECHNIQUE NOUVELLE DE LA CHARPENTE EN BOIS

UNE INNOVATION HARDIE QUI BOULEVERSE LA TECHNIQUE TRADITIONNELLE DE LA CHARPENTE EN BOIS



1

Sur un terrain en bordure de la rue Appert se dresse actuellement une charpente en bois dont la réalisation bouleverse les conceptions traditionnelles.

Le système utilisé est basé sur une triangulation dans l'espace qui rend la charpente rigoureusement indéformable. Formée de l'assemblage d'éléments initiaux composés de bois de petites dimensions, une telle charpente entraîne une économie maxima de main-d'œuvre et de matière — l'application du principe employé permet de couvrir un grand espace avec un minimum de poteaux.

Le prototype édifié à titre expérimental comporte ainsi une toile ayant 110 m2 de surface pour un cubage de bois de 2,5 m3, soit moins de 25 décimètres cubes au mètre carré.

Inventeur de cette intéressante solution avec son adjoint M. Rouveirolis, M. Le Ricolais, ingénieur-conseil a présenté hier après-midi la charpente réalisée par les soins de l'entreprise Girardin. Des architectes et techniciens du bâtiment étaient venus, ainsi que M. Moreau, architecte, inspecteur des monuments historiques pour la région de l'Ouest. La Chambre de Commerce était représentée par son secrétaire M. Beaufine. Tous se montrèrent fort intéressés par l'élégante construction d'une innovation hardie.

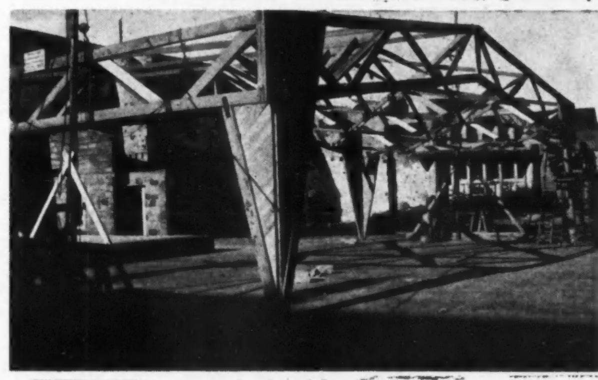
M. Le Ricolais expliqua notamment que, en employant des voutes, des portées de 20 mètres et plus sont possibles avec sa méthode tout en maintenant un grand espacement de poteaux.

Une des plus immédiates applications de ces charpentes consisterait dans la construction économique de hangars agricoles en raison de la simplicité d'exécution.

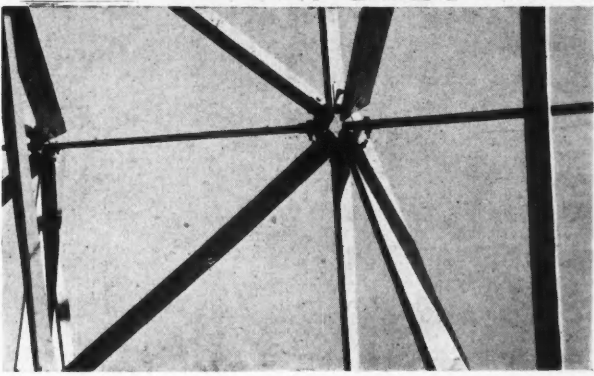
(D'après un article publié dans l' « Avenir de l'Ouest », 11-X-47.)



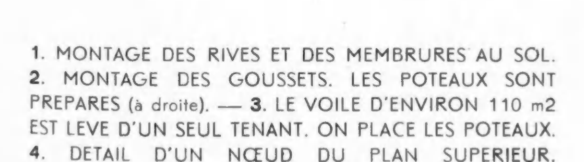
2



3



4



1. MONTAGE DES RIVES ET DES MEMBRURES AU SOL. 2. MONTAGE DES GOUSSETS. LES POTEAUX SONT PREPARES (à droite). — 3. LE VOILE D'ENVIRON 110 m2 EST LEVE D'UN SEUL TENANT. ON PLACE LES POTEAUX. 4. DETAIL D'UN NŒUD DU PLAN SUPERIEUR.


DOCUMENTATION ET
PLAQUETTES - ÉCHANTILLONS
SUR DEMANDE
STAND PERMANENT
AU CENTRE DE DOCUMENTATION
DE L'ARCHITECTE
100, RUE DU CHERCHE-MIDI, PARIS - 6e
PRIMAT
PEINTURE
mate
AU VERNIS
LISSE ET LAVABLE
AU MAT UNI ET
PROFOND, LUMINEUX
INCOMPARABLE

BIBLIOGRAPHIE

TROIS LIVRES NOUVEAUX SUR L'HABITATION INDIVIDUELLE

La construction et l'étude de l'Habitation « sur mesure », conforme aux désirs particuliers, aux goûts et aux aspirations d'une famille donnée, semble pour nous, architectes de pays dévastés et aux prises avec des difficultés sans nombre, un problème devenu désuet, et rayé de nos préoccupations depuis une dizaine d'années déjà.

Pourtant, la « villa », la résidence, l'hôtel particulier, les maisons de week-end, sont encore dans certains pays, comme ils le furent naguère pour nous, les sujets de loin les plus nombreux dans l'activité professionnelle.

Ce sont ces architectures « mineures » qui ont fourni le plus souvent aux architectes la possibilité de recherches plastiques, d'études techniques et d'équipement, et qui leur ont permis de manifester au début de leur carrière leur talent et leur personnalité. Bon nombre des grands architectes d'aujourd'hui ont débuté ainsi, attirant l'attenton sur eux par une habitation qui en dehors de ses qualités intrinsèques, avait la valeur d'une œuvre plastique, voire d'une œuvre d'art tout court.

Dans quelques pays épargnés par les cataclysmes, où traditionnellement, la maison est le couronnement des aspirations de toutes les classes de la population, l'activité dans ce domaine s'est poursuivie et se développe encore aujourd'hui. Plusieurs livres recueillant les meilleurs exemples réalisés dans ce domaine, se trouvent devant nous.

Les éditeurs de la revue américaine « Progressive Architecture » ont réuni en un fort beau volume une sélection des maisons qu'ils ont publiées depuis la guerre. L'ouvrage est destiné visiblement au grand public, à la clientèle, et il vise à répandre à l'intérieur du pays les principes d'architecture moderne dans ce qu'ils ont incontestablement produit de meilleur aux Etats-Unis.

Une centaine de réalisations sont classées en trois catégories, par habitations de 1 à 3 pièces dont le prix de revient varie de 3 à 60.000 dollars, les maisons les plus spacieuses n'étant pas nécessairement les plus chères. L'impression qui se dégage de ces œuvres, ((e choix quoique incomplet reflète les tendances de la jeune génération des architectes américains et de ses chefs de file), est très nette : on assiste à une éclosion de jeunes talents qui réalisent avec des matériaux traditionnels, le plus souvent économiques, des œuvres d'une fraîcheur, d'une élégance, et d'une finesse de détail, qui les placent indiscutablement au tout premier plan.

Les meilleurs principes enseignés souvent en vain dans d'autres pays, ont trouvé ici d'excellentes applications : clarté des plans, équilibre des formes, mise en valeur des matériaux, de la beauté naturelle du site, et intégration de la nature dans l'habitation.

Neutra, Wright, Breuer, Gopius, l'architecture japonaise, le rationnalisme hollandais d'avant-guerre ont été parfaitement assimilés, sans qu'il y ait copie ou interprétation. Les études d'équipement et d'ameublement exécutées presque toujours par l'architecte, confèrent à toutes les maisons précitées un aspect d'unité et d'harmonie.

Si les auteurs de ces claires mesures apportent à l'exécution d'ouvrages plus importants ce même esprit, on peut être assuré que l'architecture aux Etats-Unis va entrer dans une ère nouvelle.

Les Editions d'Architecture Erlenbach-Zurich nous présentent un recueil d'habitations individuelles, limité aux seules maisons campagnardes et de week-end. Sans doute Paul Artaria a-t-il choisi celles-là parce que la nature est un complément indispensable de cette forme d'habitation, et lui donne seulement sa pleine justification.

Artaria, auteur réputé de maisons en bois a choisi les exemples de quatorze pays, la plupart étant des constructions d'avant-guerre. Il semble donc qu'il ait voulu donner un aperçu comparatif des tendances caractéristiques pour chaque pays, mais la sélection nécessairement restreinte dans le cadre d'un petit volume, semble discutable, les exemples précités n'étant pas toujours représentatifs pour un pays, et certains exemples ne méritant pas semble-t-il une publication. Nous retrouvons pour la France trois villas de Le Corbusier qui malheureusement sont restées exemples sans suite chez nous. Nous trouvons des habitations suisses, allemandes, anglaises, qui ne sont certainement pas les meilleures construites dans ces pays... Nous aurions de beaucoup préféré voir ce volume consacré entièrement aux sympathiques demeures suisses, exclusivement.

La présentation et la qualité photographique des documents, sont, comme toujours impeccables.

Un deuxième volume du même auteur est dédié aux constructions suisses en bois. Une quarantaine d'exemples illustrent bien le très haut niveau qu'atteint traditionnellement, en Suisse, la technique de ce genre de construction. La reproduction des plans et coupes cotés est parfaitement claire. La documentation photo graphique est d'une qualité qui n'atteint pas tout-à-fait celle à laquelle les éditions suisses nous ont accoutumés. A. P.



HOMES. Sélection des Editeurs de « Progressive Architecture ». Album in-8°, 190 pages, plans et photos. Prix $ 5.00. Edit. : Reinhold Publishing Corporation, 330 W. 42nd Street, New-York. N. Y.

MAISONS DE CAMPAGNE ET DE WEEK-END. Paul Artaria. Volume relié, illustré. Texte anglais et allemand. Edit. : Verlag für Architektur, Erlen bach /Zurich.

MAISONS SUISSES EN BOIS (1920-1940). 122 pages. Plans et photos, texte allemand. Edit. : Wepf et C° Verlag. Bâle (Suisse). 10 frs.

L'ART FRANÇAIS DANS LA GUERRE : L'ALSACE. Ed. A. FAYARD, 18, rue du Saint-Gothard, Paris. 200 francs.

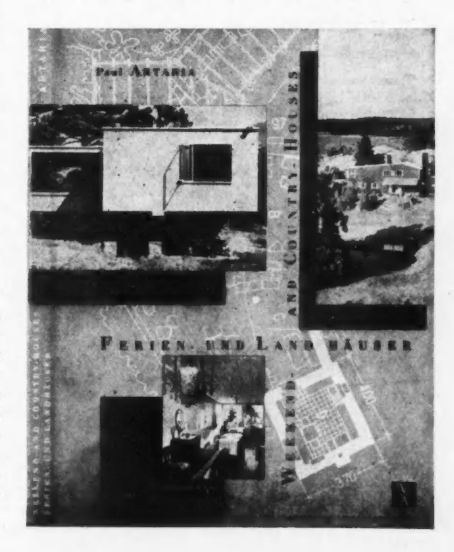
Cette collection qui conserve le souvenir des œuvres détruites, contient l'image des œuvres sauvegardées et, par des rapprochements de photographies prises aux mêmes lieux et sous les mêmes angles, permet de confronter les ruines d'aujourd'hui aux splendeurs d'hier, vient de paraître, à la suite de deux albums consacrés à Rouen et à Caen, celui de l'Alsace. Une présentation de Maurice Betz introduit aux magnifiques photographies de Jean Roubier qui retracent e martyre d'une province une fois de plus ravagée.

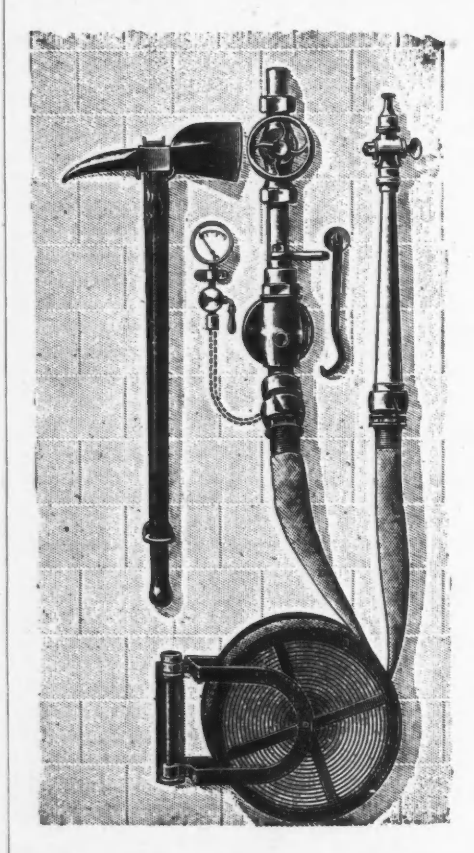
L'ELECTRICITE DANS L'ART MENAGER, par Henri MARTY. 320 pages, 13,5 × 21, 215 dessins, broché. Edit. Société pour la Diffusion et la Vulgarisation des emplois de l'électricité, 43, rue d'Alsace-Lorraine, à Toulouse. Prix 150 francs.

Cet ouvrage est la troisième édition d'un document se rapportant à toutes les applications de l'électricité dans la vie domestique.

Spécialement conçu à l'intention des maîtresses de maison ainsi que des monitrices d'enseignement ménager, il peut rendre de grands services aux architectes ou aux décorateurs appelés à lorganiser l'équipement intérieur de la maison, en leur offrant des précisions sur les ressources de l'appareillage électrodomestique, son usage rationnel, et les dépenses d'utilisation qu'il entraîne. Dans une partie extrêmement documentée l'auteur situe d'une façon précise les considérations économiques à retenir dans le développement des applications de l'électricité.

Excellent documentaire dont l'utilité doit être appréciée dans l'organisation et l'entretien de tout équipement, tant urbain que rural.



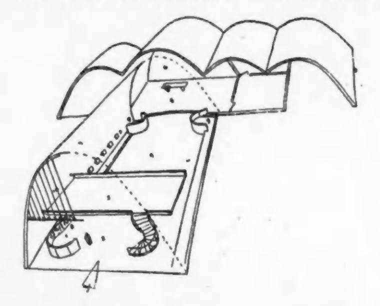


LA ARQUITECTURA DE HOY

VERSION CASTELLANA DE L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI

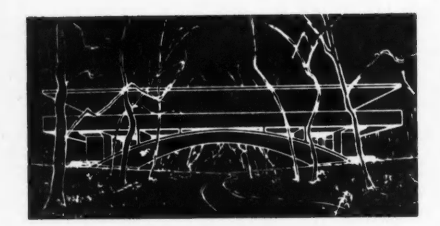
REVISTA MENSUAL DE ARQUITECTURA CONTEMPORANEA

NUMEROS EN VENTE AUX EDITIONS DE L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI, 5, RUE BARTHOLDI, BOULOGNE-SEINE



1 La « Arquitectura de Hoy », version en langue espagnole de l' « Architecture d'Aujourd'hui » a pris le départ au début de 1947 pour une large diffusion de la pensée française quant à l'architecture, dans des pays qui désirent vivement que se maintiennent intacts les liens culturels qui rattachent leur essor présent, à l'effort initial dont ils trouvèrent souvent le génie dans un occident européen maintenant dévasté. Ce premier numéro s'ouvre sur la signature de notre Ministre de la Reconstruction, et de notre Ambassadeur à Buenos-Aires, et traite le problème de notre restauration.

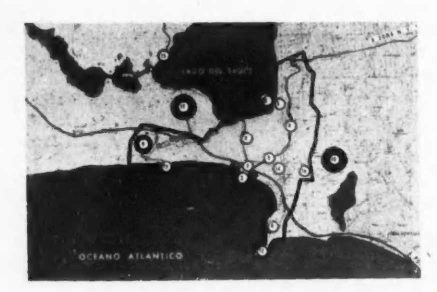
Dans chaque publication, des pages spécifiquement sud-américaines nous montrent le travail des meilleurs architectes de ces régions, remarquable en général par une audace technique et une mesure harmonieuse dans la recherche des formes, adaptées à l'ensemble des conditions particulières régissant chaque édifice. Un édifice de bureaux, par Amancio Williams, et l'église de Pampulha, par Niemeyer, ouvrent cette série.



2 Consacré à l'architecture dans le monde, le numéro de Février expose sous la signature d'un ingénieur français, Henri Trezzini, les règles qui président — quelle que soit la latitude ou la longitude sous lesquelles sont placés les constructeurs — à la perfection monumentale sous tous ses aspects.

Un sommaire varié a permis de rassembler des exemples suisses, belges, français, anglais, suédois, allemands, une large exposition étant donnée à la Suisse dont on sait l'effort soutenu en matière d'habitation, et de synthèses d'habitat. Différents édifices témoignent de ce souci de culture complète que tout pays cherche à introduire dans la norme du standard de vie de ses ressortissants.

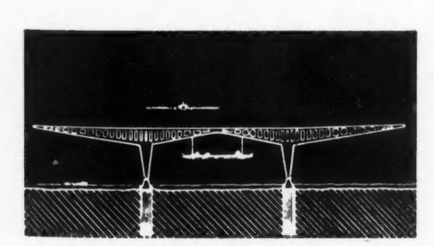
Le numéro se termine sur l'étude détaillée d'une habitation particulière aux environs de Buenos-Aires, dont l'arc jeté au-dessus d'un ruisseau soutient le plateau où sont réparties les pièces principales, couvertes par une terrasse jouissant de la fraîcheur des arbres environnants. Réalisation de l'architecte Amancio Williams.



3 L'ensemble de ce numéro a trait aux plans d'urbanisme français, et reproduit l'étude complète parue dans les pages de l' « Architecture d'Aujourd'hui ». Les plans de reconstruction ou d'aménagement des villes de Berlin, Milan, Varsovie, Rotterdam, de Ulu en Finlande, le plan général de la Grande-Bretagne sont également présentés.

La dernière partie donne le projet d'un centre de tourisme en Amérique du Sud : urbanisation de 1.500 hectares répartis en terrains divers : forêts, lagunes, sierra, plage au bord de l'Atlantique, à l'embouchure du Rio-de-la-Plata en Uruguay, dans un des sites du monde particulièrement grandiose et féerique.

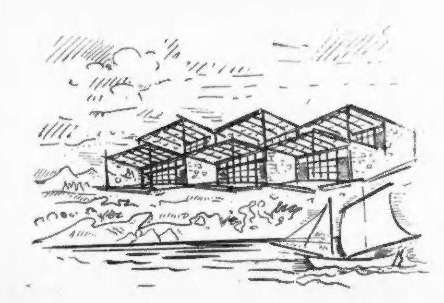
La réaliation de cet ensemble de Punta-Ballena est l'œuvre de l'architecte Antonio Bonet. Ce ne sera pas à proprement parler une cité, et les caractères distincts des zones naturelles influeront sur les conceptions architecturales. Les idées de base comportent une différenciation des zones de résidences et des zones de services publics (hôtels, cinémas, restaurants, etc.). La première étape de cette construction est actuellement en chantier.



4 On sait le problème que posent dans les grandes villes américaines du Nord ou du Sud, les imbrications des zones de résidence et des quartiers industriels ou d'affaires, créant une concentration de circulation, qui fait éclater les tracés anciens des rues et des routes.

La nécessité d'un plan directeur de re-création de la distribution de la ville de Buenos-Aires a donné lieu à une étude magistrale et détaillée conduite par les architectes Le Corbusier, Jeanneret, Ferrari Hardoy et Juan Kurchan, dont l'ensemble est exposé dans ce numéro. De nombreux plans en couleurs enrichissent la présentation de ce travail.

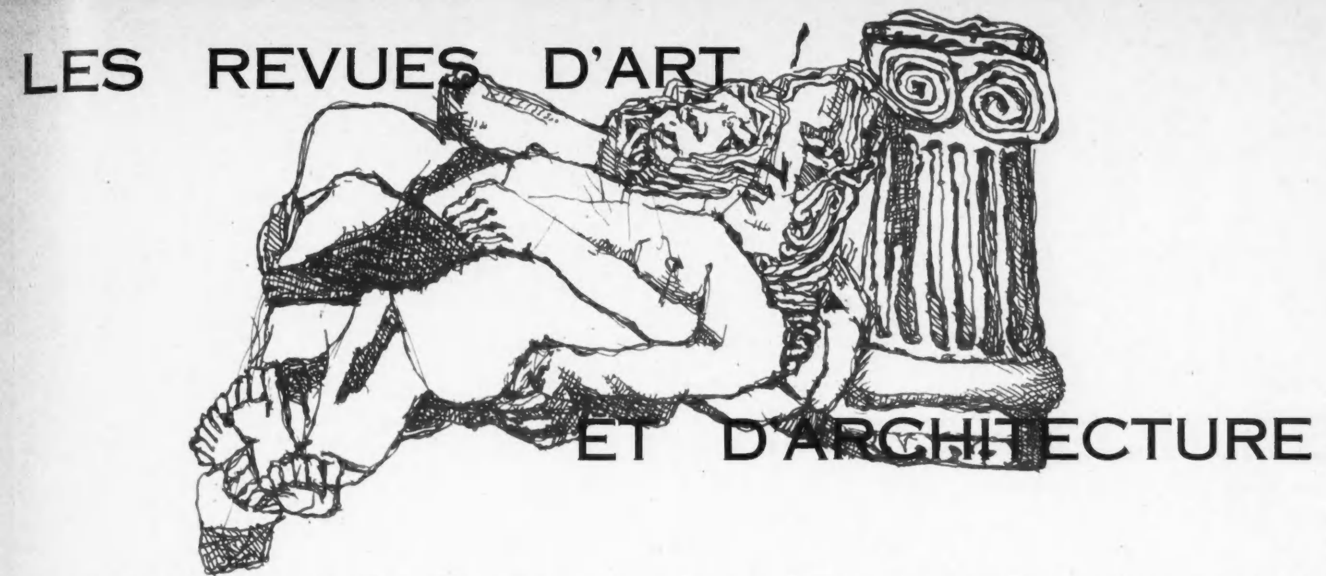
Un très remarquable projet d'aéroport pour Buenos-Aires, par Amancio Williams, avec la collaboration de Jorge Butler et de César et Colette Jannello met en valeur les possibilités des techniques modernes de la construction, les audaces qu'elle permet en accord avec les besoins nouveaux de l'aviation.



5 Le sommaire étendu de ce numéro présente sous le titre « L'Architecture contemporaine en France », l'ensemble de l'œuvre de Marcel Lods, un des pionniers des réalisations relevant des techniques modernes dans notre pays, et dont les recherches sur la préfabrication avaient abouti, bien avant la guerre, à la construction de maisons montées sur le chantier au sortir de l'usine, grâce au système des éléments standardisés. Son plan de Mayence 1947, montre ce que peuvent réussir les meilleurs de nos architectes quand leur invention et leurs méthodes techniques sont librement mises en jeu.

L'habitation particulière en Angleterre est spécialement étudiée dans la seconde partie. Une résidence en Surrey de l'architecte Mc Grath, est une démonstration convaincante de l'harmonie créée par l'emploi de formes « modernes » dans un paysage des plus « classiques ». L'étude d'un groupe hospitalier au Mexique apporte la contribution des Sud-Américains.

LES REVUES D'ART ET D'ARCHITECTURE



Pour répondre à de nombreuses demandes de renseignements que nous recevons de nos lecteurs, tant de France que de l'étranger, nous avons cru utile de donner une liste des principales publications intéressant la profession dans le monde.

ANGLETERRE

ARCHITECTURAL DESIGN, 26, Bloomsbury Way, London, W.C.I. — Excellente publication documentaire.

ARCHITECTURAL REVIEW (Mr Mac Callum), 11, Bedford Square, London W.C.2. — Revue représentative, excellente présentation, études d'intérêt général.

BULLETIN DU ROYAL INSTITUT OF BRITISH ARCHITECTS, 66, Portland Place, London W.1.

ARGENTINE

ARQUITECTURA DE HOY (LA). — Mensuel. Editions de l' « Architecture d'Aujourd'hui », 5, rue Bartholdi, Boulogne-sur-Seine, et Editions Guillermo Kraft LTDA, Reconquista 319, Buenos-Aires.

LA INGENIERIA.U.T. 41, plaza 0048, Buenos-Aires. — Publication du Centre Argentin des Ingénieurs et de l'Union des Associations d'Ingénieurs.

NUESTRA ARQUITECTURA (W. Hylon Scott), Sarmiento 643, Buenos-Aires. — Architecture, Urbanisme.

REVISTA DE ARQUITECTURA, Calle Paraguay 1535, Buenos-Aires. — Organe de la Société Centrale des Architectes et du Centre des Etudiants en Architecture de l'Université de Buenos-Aires. — Architecture, Urbanisme.

SOCIEDAD CENTRAL DE ARQUITECTOS, 44, Junca 3986, Buenos-Aires.

BELGIQUE

LA MAISON, 89, rue Béliard, Bruxelles. — Habitation, Décoration, Artisanat.

OSSATURE METALLIQUE, 38, bd Bischoffsheim, Bruxelles. — Excellente documentation technique.

CHILI

ARQUITECTURA Y CONSTRUCTION, calle Nueva York, 53, N°ˢ 45, Santiago-Chile. — Mensuel. — Urbanisme, Décoration, Industrie.

DANEMARK

ARKITEKTEN, Bredgade 66, K.H.B. Central 4525 — Mensuel — Urbanisme, Architecture, Décoration.

BYGMESTEREN, Vimmelskaftet 49, Copenhague — Mensuel.

FINLANDE

ARKKITEHTI, Ainonkatu 3, Helsinki.

FRANCE

L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI, 5, rue Bartholdi, Boulogne (Seine). — Bimestriel.

L'ARCHITECTURE FRANÇAISE, 41, boulevard de Latour-Maubourg, Paris.

ART ET DECORATION, 2, rue de l'Echelle, Paris (2ᵉ). — Mensuel.

ART PRESENT, 20, av. Bugeaud, Paris (16ᵉ).

CAHIERS D'ART, 14, rue du Dragon, Paris (6ᵉ).

CHAUD ET FROID, 62, rue de Turbigo, Paris (3ᵉ). — Mensuel.

CIRCULAIRES DE L'INSTITUT TECHNIQUE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS, 12, rue Briançon, Paris. — Organe du Comité du Bâtiment et de la Construction Métallique et du Comité des Travaux Publics.

LA CONSTRUCTION MODERNE, 13, rue de l'Odéon, Paris (6ᵉ).

LE DECOR D'AUJOURD'HUI, 60, quai des Orfèvres, Paris (14ᵉ). — Mensuel.

GLACES ET VERRES, 62, rue de la Chapelle, Paris. — Trimestriel.

L'HOMME ET L'ARCHITECTURE, 43, rue Gazan, Paris (14ᵉ).

ŒUVRES ET MAITRES D'ŒUVRE, 106, boulevard Malesherbes, Paris. — Mensuel.

RECONSTRUCTION, 78, avenue des Champs-Elysées, Paris (8ᵉ).

REVUE DE L'ALUMINIUM, 77, boulevard Malesherbes, Paris (8ᵉ). — Mensuel.

REVUE DU BOIS, 40, rue du Colisée, Paris (8ᵉ). — Mensuel. Editée sous le patronage de l'Institut National du Bois.

TECHNIQUE ET ARCHITECTURE, 78, rue de Prony, Paris (17ᵉ).

TRAVAUX, 6, avenue Pierre-Iᵉʳ-de-Serbie, Paris. — Mensuel. Organe de la Technique Française des Travaux Publics et du Ciment Armé. Editions Science et Industrie, 14, avenue Pierre-Iᵉʳ-de-Serbie, Paris (16ᵉ).

URBANISME, 37, boulevard Beaumarchais, Paris (16ᵉ). Editée sous le patronage de la Société Française des Urbanistes.

HONGRIE

TER ES FORMA, Horanszky U.T.C.A. 8, Budapest VIII.

UJ EPITESZET, Jôkai utcu 38, Budapest VI.

ITALIE

DOMUS, via Monte di Pieta, 15, Milan. — Revue dynamique et jeune. Habitation, décoration, art.

STILE, via Saffi, 24, Milan. — Décoration, Art.

UMANITA DELLA CASA. — Edité par l'Institut National pour l'Habitation, via Monte dit Pieta, 15, Milan.

NORVEGE

BYGGEKUNST, Kongensgate 1, Oslo. — Architecture, urbanisme.

PAYS-BAS

BOUW, Lamorinièrestraat 116, Autwerpen. — Architecture, urbanisme.

FORUM (M. G. Van Saanne), Overtoom 268-270, Amsterdam-West. — Habitation, décoration.

POLOGNE

DOM OSIEDLE MIESZKANIE, al. Stanila 38, Warszawa.

SUEDE

BYGGMASTAREN, Kungsgatan, 32, Stockholm. — Revue officielle des architectes suédois.

FORM, Box 7047, Stockholm 7. — Artisanat, arts appliqués, décoration.

HEM I SVERIGE, Kungsgatan, 6, Stockholm. — L'habitat, mobilier, artisanat.

SUISSE

DAS IDEALE HEIM, Freigutstrasse, 14, Zurich 2. — Mensuel. La maison, l'appartement, le jardin.

SCHWEIZERISCHE BAUZEITUNG, Dianastraasse, 5, Zurich. — Documentation technique.

VIE, ART, CITE, 7, rue de Genève, Lausanne. — Architecture, arts, décoration.

WERK, Technicumstrasse, 81, Winterthur. — Revue représentative, excellente documentation, laisse une large place aux arts.

TCHECOSLOVAQUIE

ARCHITEKT. — Revue mensuelle d'Architecture et d'Urbanisme, Sia Janska 100, Praha.

ARCHITEKTURA CSR, Prikopy, 31, Praha 1. — Documentation sur les travaux en Tchécoslovaquie.

BLOK. Brno, namesti Malinovského 2, Tchécoslovaquie. — Mensuel. Revue d'art moderne. Textes français et anglais.

TURQUIE

ARKITEKT, Anadolu Han n° 33 Eminonu, Istanbul.

U.R.S.S.

ARCHITECTURE ET CONSTRUCTION, Organe du Comité d'Architecture au Conseil des Ministres de l'U.R.S.S., Vetoschny Pereoulok 2/1, Moscou.

L'ARCHITECTURE DE L'U.R.S.S., Cahiers édités par l'Union des Architectes de l'U.R.S.S., Granatni Pereoulok n° 7, Moscou.

U.S.A.

Bulletin de l'AMERICAN SOCIETY OF PLANNIG OFFICIALS, 113 East Sixtieth Street. — Bulletin d'information concernant l'urbanisme.

ARCHITECTURAL FORUM, 135 East 42 nd Street, New-York N.Y. — Revue représentative du groupe « Life, Time, Fortune ».

ARCHITECTURAL RECORD, 119 West, 40 th Street, New-York. — Bonnne revue documentaire, numéros spéciaux.

ARTS AND ARCHITECTURE, 3305 Wilshire Bd, Los-Angelès, 5, Californie. — Revue d'avant-garde.

PROGRESSIVE ARCHITECTURE, 330 West, 42 nd Street, New-York — Excellente publication de l'architecture moderne en U.S.A. Bonne documentation technique.

BIBLIOGRAPHIE

CAN OUR CITIES SURVIVE ?, par José-L. SERT. HARVARD, University Press, Cambridge 38, Massachusetts (U.S.A.). 270 pages, 300 illustrations. Prix $ 7,50. Texte anglais.

— Il est toujours d'actualité de se demander « Nos cités peuvent-elles survivre ? » et le rappel, (à propos de sa 3e réédition), de ce livre magistral publié pour la première fois en 1942, nous paraît particulièrement opportun dans ce numéro consacré à la Santé Publique : il constitue encore la documentation la plus vivante qu'on puisse verser au procès de l'urbanisation des villes. Basée sur les propositions formulées par les « CIAM », cette étude comparative saisit dans son essence même chaque problème posé par les fonctions bien définies de l'urbanisme : **« Habiter, Tava'ller, Cultiver le corps et l'esprit, Circuler »**, et montre à côté de la maladie ou de la déficience amenées par le mépris des règles naturelles de vitalité, ce qui doit être fait pour remettre de l'ordre dans l'organisme perturbé.

« Can our Cities surviv » est un acte d'accusation dramatique contre les tombeaux des vivants que sont devenues dans le monde entier toutes les grandes villes. L'auteur ne se contente pas d'énoncer des sentences, le moraliste chez lui est avant tout un constructeur, et ses analyses successives nous conduisent à la synthèse du « Planning », du Plan Directeur, et cela d'un « point de vue humain ».

Mais ce plan à l'échelle humaine, étudié pour satisfaire aux besoins les plus élémentaires de l'homme, ne peut être accompli qu'à une seule condition : **il faut que l'homme de la classe moyenne soit instruit de l'état actuel de nos cités et comprenne que la vie réduite qu'il est obligé de mener en est la conséquence directe.**

C'est à l'opinion publique, d'exercer sur l'administration qui détient le pouvoir d'apporter les changements requis, la pression nécessaire en vue d'organiser sur des bases naturelles et rationnelles l'existence des citoyens à l'intérieur de toute agglomération.

Les quinze chapitres qui dissèquent ce corps malade de nos villes, mettent en pleine lumière l'urgence de considérer l'habitation comme la première des fonctions urbaines. Ce problème de l'habitation est plus qu'un problème de taudis : il vise à rénover les conceptions qui depuis une centaine d'années président à la construction d'immeubles urbains en dehors de tout plan d'ensemble, au hasard des découpages du terrain et de l'emprise des banlieues, sans qu'il soit tenu compte de la nécessité de créer, dans la sécurité, des liaisons entre les habitations et les principaux services communautaires afférents : Administrations et particulièrement Ecoles.



PARIS...

En des pages dont la documentation impressionnante est puisée dans la réalité qui nous enserre chaque jour et que trop d'entre nous, et que les responsables ne « veulent » pas voir, l'auteur démontre que les grilles aux mailles trop rapprochées qui commandent les lotissements et les voies de circulation, empêchent les meilleurs urbanistes de résoudre sur les données existantes, les problèmes nouveaux que pose la densité de la population.

Les villes étouffent, et leur respiration n'est possible que dans la sauvegarde (ou la re-création) d'espaces libres, supposant une nouvelle distribution des lieux de travail.

Aux debats suscités par cet aspect particulier du problème, il existe déjà une réponse, preuve éclatante en elle-même du sérieux et de la profondeur des recherches auxquelles se sont livrés les membres des CIAM : c'est le plan, par J.-L. Sert auteur de « Can our Cities survive », d'une cité industrielle actuellement en voie d'édificaton au Brésil (voir AA. n° 13-14).

Ce livre sur lequel médecins et architectes se sont penchés ensemble, certains que de leur collaboration étroite dépendait l'organisation meilleure de nos villes, on voudrait pouvoir en tourner les pages sous les yeux des édiles de nos cités et de nos gouvernements, en demandant à ces hommes responsables de la santé nationale « Que ferez-vous pour que nos cités puissent vivre ? ».

M.-A. FEBVRE.

INFORMATIONS

CIAM.

La première réunion du CIRPAC, Comité directeur international des CIAM (Congrès international d'Architecture moderne), s'est tenue à Zurich à la fin du mois de mai dernier. Elle avait pour but d'organiser le 6e Congrès CIAM qui s'est tenu à Bridgwater, près de Londres, en septembre dernier.

La commission formée pour étudier le programme du Congrès était composée de MM. Forbat (Suède), Giedion Suisse), Richards (Angleterre) président de la Commission, Schmidt (Suisse), Stam (Hollande), H. Syrkus (Pologne); Wogenscky (France) rapporteur.

Le décalage provoqué par la guerre entre les besoins des différents pays et leurs moyens respectifs de réalisations a donné lieu à des diversités de points de vue entre les différents groupes nationaux. Il a donc été estimé utile de consacrer le 6e Congrès à une reprise de contact efficace quant à l'unité de ces groupes.

La situation actuelle de l'Urbanisme social dans chaque pays a été envisagée d'une manière complète pendant ce 6e Congrès et particulièrement sous ses aspects les plus importants, notamment sur les difficultés rencontrées dans l'application de la Charte d'Athènes.

D'autre part, le CIRPAC déclare formellement que la finalité des CIAM est de permettre l'application, dans chaque pays, des principes étudiés par lui. Construire est le véritable but des CIAM.

Pour cette raison, une commission a confronté les rapports de chaque pays, et a essayé de dégager les mesures à prendre pour augmenter les facilités de réalisation.

La dernière partie du Congrès était orientée vers l'avenir :

a) la structure des agglomérations par rapport à la structure sociale (unités de voisinage, unités d'habitation, quartiers, cités, etc.);

b) l'expression spatiale, particulièrement plastique et esthétique que doivent avoir les agglomérations humaines et, comme corollaire, les rapports entre les arts plastiques : architecture, sculpture, peinture.

LES ARTS MENAGERS 1948

Le Salon des Arts Ménagers, qui n'avait pas été organisé depuis la guerre, aura lieu dans son cadre habituel du Grand Palais, du 26 février au 14 mars 1948.

Le succès, chaque année grandissant, de cette exposition est encore présent à toutes les mémoires. Exposants et visiteurs témoignent du même intérêt pour une reprise si longtemps souhaitée.

Une sélection de la production française dans le domaine de l'Ameublement et la Décoration, de l'Outillage Ménager, des Appareils de Chauffage et de Cuisson, du Sanitaire, des Produits d'Entretien, de l'Alimentation même, sera de nouveau présentée au Public, dans cette ambiance de féerie moderne qui faisait du Salon des Arts Ménagers une manifestation inimitable.

VILLE DE CHATELLERAULT

Concours pour la construction d'un marché couvert avec salle des fêtes.

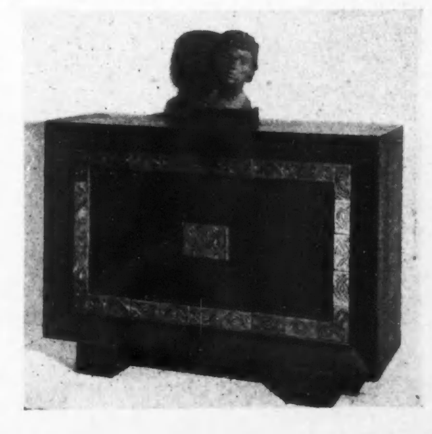
Sur 7 projets présentés, le jury a retenu pour le second degré les 4 projets ci-dessous (sans classement):

A) Thomas et Motte; B) Laloue et Morizet; C) Gouron, Richer et Utudjian; D) Pasqueron et Chevallier.

EXPOSITION DES ŒUVRES DE « DEM »

Des expositions de grès, de porcelaines et d'aquarelles de Mme Erna Wolfson, bien connue des milieux artistiques parisiens sous le nom de « Dem » sont prévues pour la saison 1947-48 La première en date a lieu à la Galerie Kirby, 5, rue Auber, du 25 novembre au 12 décembre.

D'origine russe, et fortement influencée par des études artistiques poursuivies en France, cette artiste collabora à la Manufacture de Sèvres. Ses parents et amis recueillent aujourd'hui son œuvre, en témoignage d'un effort brisé alors que sa valeur était admise jusque dans les collections particulières. Mme Davidoff-Wolfson et son mari, déportés en 1942, au camp d'Auschwitz, ne sont jamais rentrés...



UNE SOLUTION POUR CHAQUE PLAN

RABEC

STUDIO M

250

PLAN CUISINE

ECHELLE A 10 POUR



18, RUE TROYON — PARIS-17e — TÉLÉPHONE : ETOILE 20-87

INFORMATIONS

NOS CORRESPONDANTS AUX ETATS-UNIS : MM. HENRY ET JOSEF GUTNAYER.

Notre excellent collaborateur et correspondant, M. Josef Gutnayer, vient d'être nommé professeur d'Architecture à la Faculté de Pier (U.S.A.). Depuis son arrivée en Amérique, M. Gutnayer, qui a pratiqué à Paris et à Varsovie, est l'associé de plusieurs firmes de New-York concernant différents projets d'immeubles pour loyers modestes, maisons de rapport et hôpitaux de vétérans. Il a travaillé également avec son frère, Henry Gutnayer, à l'établissement du projet pour un aéroport à New-York.

C'est à MM. Josef et Henry Gutnayer, nos lecteurs l'ont certainement remarqué, que nous devons la matière de la très belle étude sur la Cité des Moteurs, des architectes Sert et Wiener, qui a paru dans notre numéro Brésil.

CYCLE DE CONFERENCES DE L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI

Reprenant une tradition culturelle qui a été la sienne depuis sa fondation, l'Architecture d'Aujourd'hui vient d'organiser un cycle de conférences destiné à rassembler une contribution à l'architecture moderne.

Que l'Architecture et l'Urbanisme soient deux aspects de la même fonction, cette doctrine a été nettement définie par Le Corbusier dans des ouvrages dont la portée influence en grande partie tout ce qui se construit de meilleur pour l'homme dans de nombreux pays. Il était donc naturel de faire appel à son autorité, et plus que cela, à ce sentiment de foi inébranlable dans l'expression sociale de l'Architecture, pour ouvrir ce cycle de causeries.

On sait que Le Corbusier se défend d'éloquence, et que ses exposés sont toujours directs, marqués de cette spontanéité qui n'est autre que de l'invention jaillissante; que sa main visualise l'expression de sa pensée dans un graphisme qui cerne exactement la réalité.

Le jeunes architectes de tous pays ont toujours trouvé près de Le Corbusier dans une atmosphère de cordialité jeune et franche, un enseignement développé dans tant de livres dont les premiers, parus il y a trente ans, révolutionnèrent le monde de l'architecture. Cet enseignement, Le Corbusier le traita en un raccourci qui n'enlevait rien à sa valeur de synthèse, en faisant part à son auditoire parisien d'observations et de réflexions d'une vivante actualité.

Retenons-en surtout son invitation pressante aux architectes à s'intéresser aux lois de la biologie dans lesquelles ils trouveront les meilleurs exemples de moyens visant à un but précis, et l'assurance que les lois cosmiques ne peuvent être méprisées quand il s'agit de l'évolution de l'homme, et par là même des conditions physiques et psychologiques du milieu où il se meut.

C'est ici qu'intervient le rôle de « l'Urbanisme, ordonnateur social » dont les responsables, en France même, ce pays où « l'on sait le mieux habiter », oublient ou ne veulent pas apprendre, qu'il existe des règles hors lesquelles tous les jeux sont faussés entre les activités principales qui départagent les « Trois Etablissements Humains » dans le monde entier : la nourriture, la production, l'échange.

Les vues de Le Corbusier ne sont jamais réduites à un champ limité, et la synthèse qu'il propose aux constructeurs, ingénieurs, bâtisseurs, administrateurs, implique un recensement de connaissances, une exploration qui empruntent leurs dernières ressources aux recherches de l'esprit dans tous les domaines : La Méthodologie, le recours à la sémantique qui ramène aux sources du langage universel, l'Anthropologie, la Visualisation qui permet la clarté et la rapidité des contacts par le graphisme.

Cependant Le Corbusier demande à son auditoire de ne pas tirer de conclusions arbitraires de ses vues en ce qui concerne la division horaire de la journée. Si l'application de tant de découvertes dans le domaine de l'énergie, permet en effet de songer à réduire à quelques heures, le temps d'une journée de travail, dans un temps relativement assez rapproché de nous, il n'est pas question de vouloir imposer cet horaire avant que soient réglés dans l'équilibre des problèmes économiques et sociaux qui tourmentent notre temps.

Les grands problèmes des découvertes modernes exigent un effort de reconsidération de la conscience, et Le Corbusier sans tomber dans les exagérations de certains quant au monde de demain, est persuadé que les découvertes, celles surtout concernant l'énergie atomique, auront un retentissement social dont l'urbanisme se devra d'organiser des éléments dont la forme nous échappe encore.

L'accueil chaudement sympathique fait à cet exposé par une jeunesse enthousiaste de son métier et de tout ce qui contribue à le grandir, donne à tous ceux qui ont pu mesurer l'influence des idées de Le Corbusier sur l'architecture contemporaine, le regret de voir mésestimer encore dans les zones officielles de notre enseignement la valeur d'un chef de file reconnu comme un maître dans les universités étrangères.

Encouragée par le succès de cette réunion vivante et qui répondait au désir de nombreux professionnels, « l'Architecture d'Aujourd'hui » donnera prochainement le programme d'une discussion, où les auditeurs retrouveront le même souci d'apporter à l'effort de la pensée française, la possibilité d'un essor profitable à la profession dans le monde entier.

Nous tenons à remercier ici l'Union Nationale des Intellectuels qui a mis à la disposition de la revue la salle de conférences de la Maison de la Pensée Française.

Marie-Anne FEBVRE.

COURRIER.

Nous avons eu le plaisir de recevoir de Son Excellence l'Ambassadeur du Brésil, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

J'ai le plaisir d'accuser réception de votre lettre du 9 courant, avec laquelle vous avez bien voulu me faire parvenir un exemplaire de l'excellent numéro de « L'Architecture d'Aujourd'hui », dédié au Brésil.

J'ai hautement apprécié le travail remarquable que constitue ce numéro et me plais à le louer très sincèrement. Permettez-moi de vous adresser mes plus vives félicitations.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

F. de CASTELLO BRANCO CLARK,
Ambassadeur.

D'un de nos abonnés :

« Laissez-moi vous féliciter pour le caractère de très grand intérêt, de documentation poussée et de parfaite présentation de votre exemplaire « Brésil »...

« C'est un document de haute valeur qui mérite sa place, non seulement dans la bibliothèque de l'architecte, de l'urbaniste ou du technicien, mais dans celle de tout homme moderne soucieux des efforts constructifs du monde contemporain et des progrès réalisés dans l'ordre social... »

Robert HEAMS.

Compliments pour votre numéro sur le Brésil... qui digère bien mal notre art !...
Auguste BLUYSEN, architecte, Paris.

Je profite de l'occasion pour vous féliciter du dernier numéro, sur le Brésil, qui a une tenue tout à fait remarquable et qui est bourré d'enseignements.

Emm.-Georges BRIAULT, architecte, Paris.

RECHERCHES POUR L'HABITATION INTERTROPICALE.

Il est créé, à l'Office de la Recherche Scientifique Coloniale :

1° un bureau d'étude et de documentation pour l'habitation dans les territoires relevant du Ministère de la France d'Outre-Mer. Ce bureau est installé à Paris.

2° deux centres de recherches de documentation et d'expérimentation ayant le même objet, situés respectivement en Côte d'Ivoire et au Soudan.

Les trois postes de direction seront confiés à des architectes qui joignent à de sérieuses références professionnelles un sens particulier de la création pratique, du rendement économique, de leur mission sociale et de leur responsabilité d'animateur.

Pour les deux postes d'Outre-Mer — organismes largement autonomes — à créer de toutes pièces, des qualités d'activité physique et d'initiative sont nécessaires, ainsi que le plus large esprit de coopération.

Les honoraires contractuels prévus sont de l'ordre de 500.000 francs par an (en A.O.F., unités C.F.A., soit multipliée par 1,7).

Age maximum : Pour Paris, 45 ans — pour l'A.O.F., 40 ans.

Prière d'adresser toute demande de renseignements à M. le Chef du Bureau d'Urbanisme et de l'Habitation, Direction du Plan (Outre-Mer), 123, rue de Lille, Paris.

UNION INTERNATIONALE DES ARCHITECTES.

Le Comité provisoire français de l'Union Internationale des Architectes s'est réuni le 29 octobre 1947, au siège du Conseil Supérieur de l'Ordre des Architectes, sous la présidence de M. Auguste Perret.

Etaient présents : MM. Marc Bitterlin, François Carpentier, Jean Demaret, Roger-H. Expert, Maurice Gras, Jean Haffnes, Albert Laprade, Robert Lebret, Le Corbusier, Emile Maigrot, Lionel Mirabaud, Emmanuel Pontrenoli, Paul Sirvin, Paul Tournon, Pierre Vago, René Vivier.

S'étaient excusés : MM. Louis Madeline, Georges Lisch, Marcel Lods, Georges F. Sebille.

Le Comité a désigné son Bureau ainsi composé :

Président : M. Auguste Perret,
Secrétaire : M. Pierre Vago,
Trésorier : Jean Demaret.

Une Commission de Travail a été nommée, ainsi composée : MM. Auguste Perret, Président, F. Carpentier, J. Demaret, R. Lebret, E. Maigrot, L. Mirabaud, E. Pontremoli, P. Vago, R. Vivier.

En présence de MM. Vischer, Président du C.P.I.A. et Tschumi, Président de la Section suisse de l'Union Internationale des Architectes, l'organisation du premier Congrès de l'U.I.A. (Union Internationale des Architectes), qui doit se tenir à Lausanne en juin 1948, a été longuement discutée.

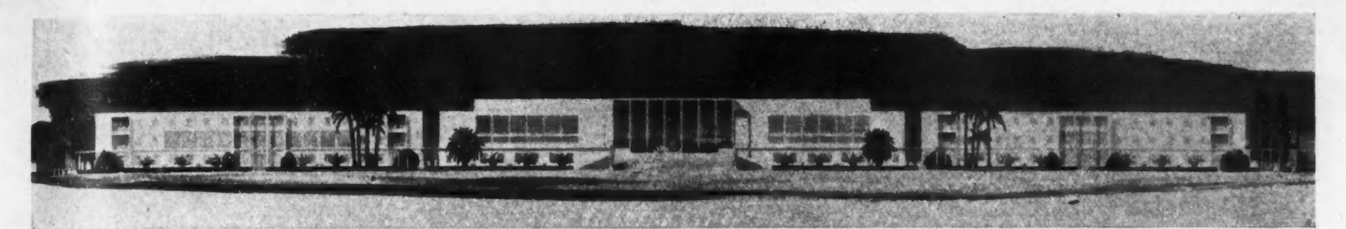
RECTIFICATION

Les fresques du Yacht-Club publiées dans notre numéro Brésil, et attribuées à Portinari, sont du peintre Burle Marx.

PETITES ANNONCES.

M. Henri-Léon Bloc, Ministère des Affaires Etrangères, 49, boulevard Suchet, Paris. JAS 17-30, recherche pour la documentation du Ministère pillée par les Allemands, 3 exemplaires du numéro « Exposition 1937 », de l' « Architecture d'Aujourd'hui ».

Mme Marie-Anne Febvre, secrétaire de rédaction à l' « Architecture d'Aujourd'hui » cherche appartement meublé ou non, ou partie appartement, 16°, 7°, 8°, 6°. Ecrire à la Revue, 5, rue Bartholdi, Boulogne.



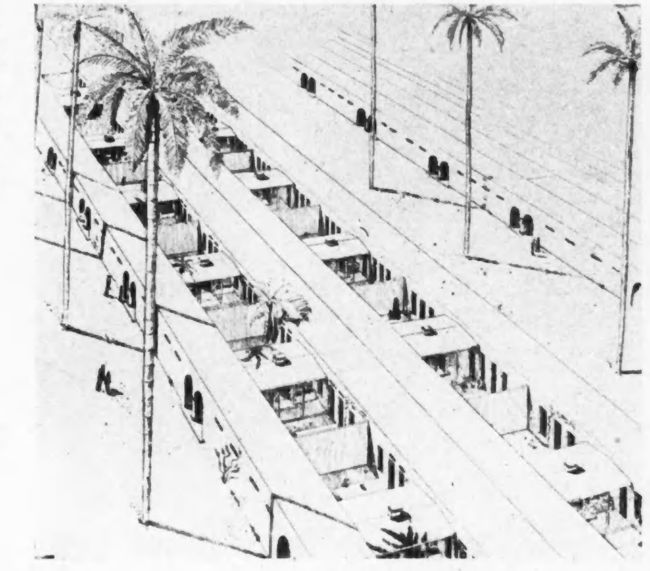
PROJETS POUR LE TERRITOIRE DU TOGO

par F. CROUZET, Architecte

Une exposition, dont l'initiative est due à M. Jean NOUTARY, Commissaire de la République au Togo, réunissait au Musée des Colonies une série de projets d'urbanisme dressés pour le compte du territoire en question par M. CROUZET, architecte.

L'exposition comprenait un avant-projet d'urbanisme pour LOME, capitale du Togo, divers projets d'habitation, des plans pour un hôpital et pour une école professionnelle.

Les projets, dans leur ensemble, témoignent du souci d'adapter les principes modernes d'architecture et d'urbanisme aux conditions géographiques et sociales particulières aux territoires en question.



HABITATIONS POUR INDIGENES.

L'architecte, se conformant aux habitudes locales, a composé un système alvéolaire dans lequel chaque case a une seule entrée vers l'extérieur, comprenant un porche pour les longues palabres volubiles et bruyantes, puis un w.-c. et une douche alimentée par un réservoir rempli par l'eau de pluie.

A l'intérieur, une grande cour entourée par une cuisine qui est un simple auvent avec une cheminée centrale, et 3 pièces. La pièce située sur la rue peut être ouverte pour faire une boutique d'artisan ou de commerçant.



VUE D'ENSEMBLE DE L'ECOLE



VUE D'UN ATELIER DE L'ECOLE PROFESSIONNELLE

UNE ECOLE PROFESSIONNELLE.

Cette Ecole professionnelle est située au Nord-Ouest de la ville de Lomé. Elle est destinée à éduquer les jeunes indigènes, à leur fournir d'une part, les bases d'une éducation générale, et ensuite à leur inculquer un métier.

Elle a été divisée en quatre parties :

— l'Administration;
— la salle de classes et de culture générale avec salle de conférences;
— les ateliers professionnels et magasins;
— l'internat.

L'Administration, la bibliothèque et la salle de conférences ont été réunies autour d'une Cour d'honneur entourée d'un patio, qui est l'entrée de l'Ecole. A droite de cet ensemble, sont tous les ateliers : maçonnerie, béton armé, charpenterie, couvertures, plomberie, sanitaire, menuiserie, ébénisterie, et deux ateliers sans affectation spéciale pour le cuir, la toile, le drap, les menus métiers, etc. plus, de vastes magasins.

A gauche de l'entrée se trouvent les bâtiments de l'internat prévus pour 100 internes, plus 700 demi-pensionnaires.


STORES
BAUMANN
VOLETS ROULANTS • VOLETS OPAQUES POUR RADIO
FERMETURES COULISSANTES POUR GARAGES
PARAVENTS • PERSIENNES
BAUMANN Fils & Cie • USINE A MELUN • 8, Rue Abel, Paris 12e - Did. 48-33

LA SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE DE LA PREMIERE PARTIE :

PRINCIPES D'ORGANISATION

I. — LES PLANS NATIONAUX DE SANTE

II. — LES BATIMENTS - TYPES

I. — LE CENTRE DE SANTE.

II. — L'HOPITAL GENERAL.

III. — L'HOPITAL ENSEIGNANT.

IV. — LES HOPITAUX SPECIALISES.

V. — ECOLES D'INFIRMIERES.

PRÉFACE

par

PAUL NELSON

L'Architecture Hospitalière pose les problèmes les plus complexes et d'autant plus difficiles à résoudre que l'architecte, chargé d'établir des plans d'hôpitaux, n'a pas à sa disposition l'information technique qui lui serait utile et lui éviterait des recherches aussi longues que dispendieuses.

Les renseignements techniques dont on dispose ne sont en outre pas groupés, surtout en France, pour permettre leur application à des problèmes particuliers. Il convient de citer pourtant l'effort fait depuis la Libération par le Ministère de la Santé publique dont le plan d'équipement national représente un pas important en avant, puisqu'il traite d'hôpitaux et de centres de santé-types. Mais il reste maintenant à grouper et à classer, sous une forme facilement utilisable, des bâtiments-types étudiés tant en France qu'en d'autres pays. C'est la tâche que L'ARCHTECTURE D'AUJOURD'HUI s'est assignée et dont voici les éléments de base :

1) plans nationaux de l'équipement des services de santé publique dans chaque pays, qui nous permettront de comparer les standards urbains qui fixent la distribution des bâtiments nécessaires;

2) unités de bâtiments-types ou plans-types du centre de santé, hôpital général, hôpital enseignant, hôpitaux spécialisés (tuberculose, psychiâtrie,...), maison de convalescence, faculté de médecine, école d'infirmières...;

3) unités d'espace-type pour chaque type de bâtiment, c'est-à-dire : salles d'opérations, de stérilisation, de maladies, d'examen, laboratoires, salles de radiologie...;

4) systèmes de contrôle-type, permettant de faire l'intégration des unités d'espace-type, c'est-à-dire les systèmes de fonctionnement concernant la circulation, les communications, la signalisation..., les systèmes de conditionnement concernant l'air, la température, l'orientation, l'éclairage, l'acoustique..., les systèmes de structure concernant l'espacement des poteaux, les portes et les fenêtres..., enfin les systèmes de canalisation concernant l'alimentation en énergie, en eau, l'enlèvement des ordures, le tout à l'égoût...

Cette tâche, qui est un bienfait tant pour l'architecture hospitalière que pour les architectes, mettra sans doute aussi en lumière l'urgence qu'il y aurait à organiser en France un Centre de Recherches susceptible de mettre à la disposition des architectes et du public toutes les connaissances exactes, strictement tenues à jour.

Une telle expérience a été faite aux Etats-Unis pendant la guerre par les Services de Santé publique du gouvernement américain, qui ont organisé un service de standardisation dirigé par mon ami, l'architecte Marshall Shaffer. Car il était en effet devenu clair que pour simplifier et hâter la construction des hôpitaux et centres de santé destinés aux ouvriers des nouveaux centres de production de guerre, il fallait mettre à la disposition des architectes des renseignements détaillés qui leur permettent d'accélérer leurs études en assurant le maximum d'économie tant en surface construite, en matériaux, en équipement, qu'en frais d'exploitation. C'est, à ma connaissance, la première fois qu'une recherche de cet ordre ait été organisée sur une grande échelle. Et il est intéressant de constater que, si les résultats obtenus ont eu leur importance pendant la guerre, ils se révèlent plus utiles encore aujourd'hui. C'est donc là un exemple à retenir et mettre en pratique dans chaque pays, en affirmant aux architectes qu'à l'encontre de ce qu'ils pourraient craindre, l'utilisation de standards ne réduit en rien leur acte créateur, bien au contraire, et qu'ils ne peuvent attendre que des avantages d'une source d'informations techniques.

J'ai consacré un assez long temps de ma vie à me spécialiser dans les recherches sur les questions hospitalières, pour pouvoir dire que les besoins hospitaliers et les moyens de satisfaire à ces besoins changent tellement vite, qu'on ne peut par ses propres moyens rester toujours informé des conditions nouvelles, comme peut l'être au contraire une organisation spécialisée.

C'est pourquoi mes associés et moi nous sommes efforcés d'utiliser autant que possible dans notre projet pour Saint-Lô, présenté dans ce numéro, les standards développés en Amérique, en les adaptant aux besoins spéciaux de la France. Et c'est pourquoi aussi je veux conclure en insistant, une fois encore, sur la nécessité, d'une part, de former en France des architectes spécialisés, et, d'autre part, d'organiser un Centre de Recherches qui puisse informer non seulement les architectes mais l'ensemble du public, des progrès advenus partout au monde et des développements d'une technique toujours en évolution.

C'est la poursuite d'une telle politique qui permettra d'accélérer la reconstruction et le rééquipement de la France, d'augmenter sa productivité, et d'assurer un standard de vie plus élevé à tous les Français. Aussi, ne saurait-on assez féliciter L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI d'avoir entrepris la tâche d'exposer ce problème à ses lecteurs, en lui souhaitant que ses efforts remportent le succès qu'ils méritent.

Paris, le 1er Nov. 1947.

Paul NELSON.



Photo Rozenberg, Stockholm

PLANS NATIONAUX DE SANTE

INTRODUCTION

par

J.-H. CALSAT

Tous ceux qui s'intéressent au fait « Santé » sont convaincus qu'il est grand temps d'harmoniser les réalisations avec les plans de Santé qui imposent des programmes neufs; il y a interpénétration des problèmes de médecine sociale, d'hygiène individuelle et collective, d'éducation, de traitement des aigus et des chroniques, etc.

Nous pensons que la seule confrontation des plans de Santé préparés ces dernières années par divers Etats modernes, met en lumière l'ampleur des problèmes qui se posent aux constructeurs en même temps que leur complexité; nous souhaitons par cette confrontation, inviter tous ceux que la recherche intéresse, à participer à l'élaboration de nouveaux programmes et à la réalisation de conceptions ingénieuses des services.

De la qualité des installations peuvent dépendre, pour une part, les succès des chercheurs et des praticiens qui ont charge de notre santé. Il est ainsi fait appel :

— Aux urbanistes, coordonnateurs par définition, qui doivent, pour chaque programme proposer une emprise satisfaisante, répondant aux préoccupations de cadre, surface, extensions possibles, nature du sol, ensoleillement, etc.

— Aux architectes, qui en accord avec les autorités administratives et médicales, auront la charge de préciser le programme, de répondre très exactement aux exigences particulières qui en découlent, réserver les possibilités d'adaptation consécutives à l'évolution de la science médicale ou des besoins professionnels.

— Aux ingénieurs, techniciens et entreprises de disciplines les plus diverses, qui apporteront dans l'étude et la réalisation des nouveaux programmes un esprit aussi neuf et aussi hardi que celui que représente aujourd'hui l'organisation de la Santé pour l'économie humaine.

Depuis quelques décades déjà, il est admis que la vie sociale d'un pays évolue parallèlement à son industrialisation, et l'action sociale apparaît de nos jours être autre chose qu'une obligation morale; il n'y a pas longtemps qu'il en est ainsi, cette notion s'est dégagée en même temps que le rendement économique d'une nation est apparu un devoir; la collectivité doit, en conséquence, se soucier de la santé des individus qui la composent. Les Etats modernes ont préparé des plans nationaux d'équipement économique et social; ces plans tendent à orienter l'activité de la Société en tenant compte du facteur temps en utilisant au maximum les progrès accomplis par les sciences, la technique, l'organisation rationnelle du travail qui se propose d'éviter tout gaspillage d'énergie et de matière; l'économie humaine veut que chaque individu jouisse d'une vie normale, soit sauvegardé d'une détérioration prématurée de ses forces morales, physiques ou professionnelles intégralement nécessaires à la collectivité.

Le Capital humain est directement en cause; il faut le protéger et le développer. La collectivité, pour atteindre de tels buts, se propose de prendre en charge l'individu de sa conception à la mort et de disposer des moyens nécessaires à son maintien en santé; l'indice d'activité est l'élément de contrôle d'une telle organisation.

En partant de principes charitables développés par des organisations privées, l'idée d'un plan de santé ne s'est imposée que lentement à travers le monde; ces dernières années, des études ont été exploitées et divers pays commencent à les mettre en œuvre; les buts poursuivis sont les mêmes, mais les conceptions d'application sont différentes; il faut en chercher les raisons, par exemple, dans l'importance et la répartition sur le sol des groupements humains, dans l'activité, la densité d'occupation, la géographie physique, les ressources naturelles. L'échelle humaine parfois faussée par le développement des transports se retrouve, malgré tout, dans l'élément démographique.

J.-H. CALSAT.

LE PLAN FRANÇAIS DE SANTÉ

Dr. R. F. BRIDGMAN

La santé d'un peuple est fonction de facteurs géographiques, culturels, raciaux, historiques. La situation de la France dans le monde a toujours été considérée comme privilégiée; à l'abri des grands écarts de température et d'hygrométrie, possédant un sol travaillé et occupé depuis des temps très anciens, composé de types raciaux de bonne qualité physique, le peuple français devrait jouir d'une excellente santé. En fait, en matière d'hygiène générale, de mortalité infantile, de morbidité, nous sommes loin de nous trouver en tête du classement général. La durée moyenne de vie a certes considérablement augmenté, mais le taux de morbidité est nettement élevé, et si la population présente le phénomène du vieillissement progressif qui se traduit par une pyramide des âges à sommet en forme de bulbe, c'est en grande partie grâce à la mortalité infantile qui reste encore importante par rapport aux pays scandinaves, à l'Angleterre et à la Nouvelle-Zélande.

Malgré l'ancienneté de l'atteinte des types raciaux par la tuberculose, la France possède encore un pourcentage important de malades. Les fléaux sociaux sont toujours redoutables et maladies vénériennes et cancer ne cèdent pas de terrain. Or, notre problème démographique nous impose une stricte économie en vies humaines. La fécondité de la population paraît faible et nul élément ne doit être négligé pour contribuer à relever notre situation sanitaire. Il est certainement préférable de lutter contre les maladies qui atteignent des Français, que d'immigrer un nombre élevé d'individus étrangers à nos grands types raciaux.

L'OUTIL ADMINISTRATIF.

Le Ministère de la Santé publique et de la Population possède la mission de préparer et d'appliquer le Plan français de Santé. Sa Direction générale de la Santé comprend une Direction de l'Hygiène publique qui résout les problèmes d'épidémiologie et de thermalisme, une Direction de l'Hygiène sociale qui applique la législation concernant l'aspect médico-social des problèmes sanitaires, une Direction de l'Entr'Aide sociale qui coordonne toutes les questions d'assistance et d'organisation hospitalière, et un Service central de la Pharmacie.

Le Ministère possède des conseillers techniques et des organismes scientifiques, tels que l'Institut d'Hygiène et l'Institut d'Etudes démographiques qui l'éclairent sur les principaux problèmes.

Dans chaque département existent un Directeur de la Santé et un Directeur de la Population qui, travaillant dans le cadre préfectoral, relèvent du Ministre de la Santé publique et de la Population. Les problèmes de l'Enfance sont partagés d'une manière excessive qui risquent d'entraîner des difficultés pratiques d'application. Au sein du Ministère, les bureaux qui s'occupent des différents aspects de la protection de l'Enfance sont répartis dans les deux Directions générales, de la Santé et de la Population. Mais tout ce qui concerne l'Hygiène scolaire et universitaire est du ressort du Ministère de l'Education nationale.

La Sécurité sociale est le dernier-né des grands organismes dont la fonction est de maintenir le niveau de la santé le plus haut possible. Confinée au début dans la simple protection matérielle contre le risque maladie et invalidité, elle contribue depuis cette année par son Fonds d'Action sanitaire et sociale à l'équipement sanitaire dans son ensemble, aussi bien pour la lutte contre les maladies déclarées (hôpitaux, sanatoria, centres de soins) que pour l'action médico-sociale (dispensaires préventoria, rééducation fonctionnelle et professionnelle).

LES GRANDS PROBLEMES DE LA SANTE PUBLIQUE.

Bien que la distinction entre médecine de soins et médecine préventive soit très floue, et qu'il importe de considérer le problème sanitaire dans son ensemble, il est commode d'examiner la situation sanitaire française en exposant d'abord les conditions de diagnostic et de traitement des maladies et ensuite le champ d'action de la prévention.

a) Les grandes découvertes scientifiques qui ont fait de la médecine moderne une des disciplines les plus complexes qui soit, impose une modification profonde de la structure du système de la Santé.

Le Corps médical français, qui reste encore un des meilleurs du monde, travaille actuellement d'une manière trop dispersée. Le nombre des spécialistes est insuffisant et les médecins praticiens sont en général mal distribués et insuffisamment équipés. Peu d'entre eux ont compris la nécessité de former des équipes dont les membres travailleraient en étroite liaison. La situation sanitaire des campagnes s'en ressent gravement et nombre de malades ne reçoivent pas un traitement adéquat faute d'un diagnostic de départ suffisamment précis. Il faut dire, à la décharge du Corps médical, que le problème matériel de l'équipement technique souffre des difficultés nées de la guerre et que le nombre et la qualité des appareils radiologiques et les automobiles professionnelles sont loin de répondre aux besoins.

L'équipement hospitalier rencontre des difficultés du même ordre. Quelques hôpitaux sont remarquables : BEAUJON, COLMAR, NIORT, LYON, VIENNE; par contre, la plupart des établissements hospitaliers sont désuets, mal équipés, mal distribués et difficiles à faire fonctionner économiquement. De plus, la guerre a détruit un nombre important d'établissements de tous ordres et la structure de vastes provinces comme la Normandie et la Bretagne a été sérieusement touchée. Enfin, le programme de renouvellement progressif des hôpitaux atteints par la limite d'âge a été brusquement interrompu en 1939 et nous nous trouvons devant la nécessité impérieuse d'achever ces travaux qui souffrent de huit ans de retard, au moment où les conditions financières sont extrêmement graves.

b) En ce qui concerne les problèmes médico-sociaux, la situation est également critique.

L'hygiène infantile fut toujours médiocre et la mortalité des jeunes enfants reste élevée. Les causes principales sont l'éducation insuffisante des parents, les tares héréditaires et la carence en bon lait.

La turberculose a fait pendant la guerre une offensive menaçante; la dénutrition générale, les conditions de vie des populations sinistrées, les souffrances physiques et morales des prisonniers et déportés politiques expliquent l'élévation impressionnante du taux de cette affection. Les maladies vénériennes ont également augmenté dans des proportions serieuses et l'application des récentes découvertes a tout juste permis une stabilisation de la situation.

Le cancer reste toujours une des causes majeures de mort chez les personnes de plus de 45 ans et les moyens de lutte contre cette affection sont singulièrement insuffisants.

L'alcoolisme a certainement considérablement baissé, mais une action énergique doit être menée pour éviter son retour. En parallèle, l'endémie des maladies mentales a subi une nette décroissance mais certains indices montrent un retour offensif indiscutable.

Quant aux grandes maladies épidémiques, les efforts des hygiénistes ont réussi à éviter les catastrophes. Mais il a fallu une permanente vigilance pour endiguer les désastres que le typhus, la poliomyélite antérieure aiguë, la variole, la diphtérie et le choléra peuvent déclancher d'un jour à l'autre en ce monde troublé, parcouru par des groupes humains insatisfaits et mobiles.

LE PLAN SANITAIRE.

Il serait fastidieux de décrire les mesures qu'il convient de prendre pour chacune des menaces énumérées plus haut. Un certain nombre d'entre elles appartiennent à la routine de l'hygiéniste, d'autres dépassent le cadre de la Santé publique. Par ces dernières, il faut comprendre toutes mesures de nature à améliorer les conditions générales de vie de la population française. Ce sont des problèmes d'économie générale, de stabilisation de la monnaie, de minimum vital, de meilleure répartition des denrées alimentaires, des produits de base, et de l'énergie.

Il nous faut au contraire insister particulièrement sur le plan d'équipement sanitaire qui résume, en dehors des dispositions législatives, l'action offensive que le Ministère de la Santé entend mener.

Un reclassement des établissements sanitaires est à faire. Un inventaire précis a été mené depuis un an, qui nous permet de connaître avec précision, l'état de l'armement hospitalier. Il importe de déterminer l'étendue et les éléments caractéristiques des régions sanitaires. Le territoire est composé de zones de caractères fort différents. Les grandes villes constituent des pôles d'attraction puissants pour la population rurale et des complexes hospitaliers y sont installés. On y trouve les centres médicaux assurant les diagnostics et les traitements les plus rares, les cas qui nécessitent des installations coûteuses et un personnel particulièrement spécialisé. A ces centres sont liées les Facultés où l'enseignement universitaire et la recherche scientifique sont poursuivis. Les villes sont les sièges des centres hospitaliers régionaux principaux.

Dans la même région sanitaire, peuplée de 2 à 4 millions d'habitants, peuvent se trouver des centres hospitaliers régionaux secondaires dont l'importance est un peu moindre et qui sont le siège des Ecoles de Médecine.

Dépendant de ces types d'établissements qui se classent au sommet de la hiérarchie, se trouvent des centres hospitaliers qui correspondent sensiblement au chef-lieu de département. Ce sont des établissements groupant les services de spécialités courantes à côté des services de médecine, de chirurgie générale et de maternité.

A cet échelon, correspond l'Hôpital psychiâtrique, le Sanatorium la Maison maternelle qui sont des établissements prévus dans le cadre départemental.

Correspondant à l'arrondissement moyen peuplé de 50 à 75.000 habitants, l'Hôpital répond aux besoins de la population en ce qui concerne la médecine, la chirurgie générale et la maternité. Les spécialités courantes y sont exercées dans le centre de diagnostic qui représente les anciennes consultations externes.

Le plan sanitaire français vise à tracer d'une façon précise les lignes principales de cette hiérarchie. La classification des établissements hospitaliers avait été prévue par le législateur dans la loi de 1941 et dans le décret d'application du 17 avril 1943. En fait, elle n'a jamais été réalisée et les hôpitaux de tous types se sont baptisés eux-mêmes du titre qui leur paraissait correspondre le mieux à leur qualification.

Le Ministère se doit de préciser à chacun d'entre eux la fonction qu'il est appelé à exercer dans le schéma d'ensemble de la région. Cette fonction lui conférera des droits — un équipement adéquat et des facilités pour les aménagements et améliorations indispensables — et des devoirs — la nécessité de s'adapter exactement au rôle qu'on attend de lui.

Le plan d'organisation hospitalière précisera le rôle qu'un établissement peut jouer dans le schéma d'ensemble — et comporter, par cela-même, les limitations nécessaires. Les réalisations anarchiques ne s'inscrivant pas harmonieusement dans le plan d'ensemble seront interdites. Ainsi les doubles emplois, les demandes inconsidérées d'équipement mal utilisé, les installations non rentables seront évités.

D'autre part, les facilités offertes permettront à des commissions administratives défaillantes de rénover leur établissement afin de répondre aux besoins d'une circonscription déterminée.

Il va de soi que l'équipement médico-social doit être poursuivi parallèlement à l'équipement hospitalier. En raison des facilités techniques offertes, chaque établissement comprendra un centre de Santé où toutes les activités médico-sociales sont représentées. Un dispensaire polyvalent doit être adjoint à chaque hôpital. Son type et ses activités varieront naturellement suivant les cas. Au Centre hospitalier régional incombe le rôle d'édifier un Centre de Santé complet comprenant, outre les activités normales, un Centre de documentation d'hygiène, une organisation spécialisée dans la lutte contre le rhumatisme, la stérilité involontaire, les affections cardiaques, nerveuses et mentales, le dépistage du cancer.

Dans les Hôpitaux, l'activité médico-sociale portera essentiellement sur les terrains plus généraux : lutte anti-tuberculeuse et anti-vénérienne protection maternelle et infantile, la médecine scolaire. Mais le champ d'action des Hôpitaux est trop vaste pour que cette influence puisse se faire sentir sur toute la population. Aussi une organisation médico-sociale plus divisée est-elle prévue pour des groupes plus restreints.

Ce sera le rôle des Centres de Santé inter-cantonaux auxquels seront rattachés les Centres de Santé élémentaires, ruraux ou de quartier.

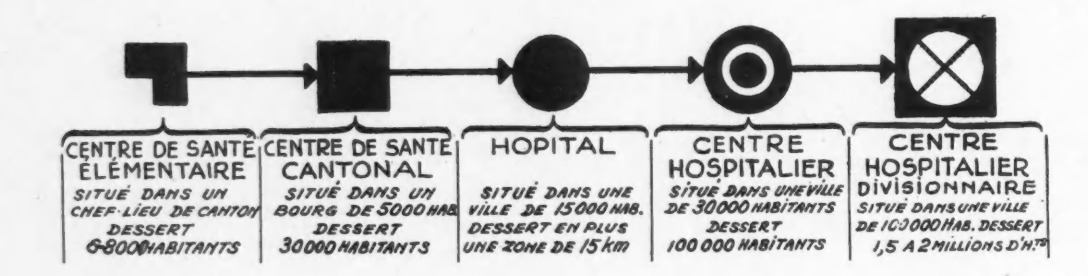
Ceci constitue un des aspects les plus originaux du plan de Santé. Les petits hôpitaux-hospices cantonaux seront transformée en Centres de Santé. Par ce terme, il faut entendre la juxtaposition d'une maternité rurale de 15 à 20 lits, d'un service comprenant quelques lits d'observation pour cas urgents et pour petite chirurgie, d'un dispensaire médico-social et d'un centre de diagnostic à l'usage des médecins-praticiens. Il importe en effet de mettre à la portée des médecins une organisation permettant le travail médical en équipe, grâce à une instrumentation que chaque médecin ne peut pas posséder individuellement. Les modalités administratives seront à préciser par accords entre le Ministère de la Santé, le Corps médical et la Sécurité sociale.

Parallèlement à cette organisation hospitalière et médico-sociale, un

effort considérable sera mené sur le plan de l'Hygiène sociale. Les centres anti-cancéreux sont à développer à l'échelon des centres hospitaliers régionaux, il faut créer plusieurs milliers de lits nouveaux pour la lutte contre le cancer. Il faut améliorer et coordonner l'équipement des établissements consacrés à la lutte anti-tuberculeuse, préciser la doctrine des centres de phtisiologie, des sanatoria, des centres de chirurgie thoracique. Un plan d'organisation des hôpitaux psychiatriques est à l'étude. Certains d'entre eux doivent se spécialiser dans les diagnostics électriques des affections mentales, dans la neuro-chirurgie, dans le traitement de l'épilepsie. Des centres de rééducation motrice sont à créer de toute pièce pour améliorer la situation des malades porteurs de séquelles de paralysie infantile, de troubles nerveux et d'accidents du travail. Le traitement immédiat des traumatismes requiert également une organisation particulière qui retient actuellement toute l'attention de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Une foule d'autres problèmes se présentent : l'éducation sanitaire, le thermalisme, la protection aux frontières contre les grandes pandémies.

L'ensemble de ce programme requiert des efforts techniques et financiers considérables, mais il importe, afin d'éviter leur dispersion, qu'une coordination rigoureuse soit prévue et que les différentes pièces de notre armement sanitaire soient harmonisées étroitement et ne travaillent plus en ordre dispersé, comme cela a été le cas jusqu'à présent. A cette seule condition, la France possédera dans les cinq ans qui viennent une organisation sanitaire cohérente et efficiente qui se traduira par un mieux-être de la population et par une économie en vies humaines.

Dr. R. F. BRIDGMAN.



SCHEMA DU PLAN FRANÇAIS
DE REORGANISATION HOSPITALIERE

L'ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR LES TERRITOIRES D'OUTRE-MER

par le

Médecin-Général VAUCEL

Directeur général des Services de Santé du Ministère de la France d'Outre-Mer

ORGANISATION GENERALE.

L'organisation de la Santé publique dans les Territoires ressortissant du Ministère de la France d'Outre-Mer est actuellement la suivante :

En France.

A la tête du Service, au Ministère de la France d'Outre-Mer, la Direction du Service de Santé Colonial, dirigée par un médecin-général inspecteur du Corps de Santé Colonial, donne ses directives aux chefs de service des colonies, centralise les documents scientifiques, assure la relève du personnel et le ravitaillement en matériel et médicaments.

Outre-Mer.

Dans chaque territoire, le service est dirigé par un médecin chef de service, conseiller technique du Commissaire de la République, vis-à-vis duquel il est responsable de tout ce qui concerne l'assistance médicale aux Européens et aux Autochtones, l'hygiène publique et la prophylaxie des affections épidémiques et sociales.

Dans les Fédérations, comme l'Afrique Occidentale Française, l'Afrique Equatoriale Française et à Madagascar, ces médecins-chefs sont sous les ordres d'un médecin inspecteur, Directeur général de la Santé publique, conseiller technique du Haut Commissaire de la République.

PERSONNEL.

Le personnel technique européen est représenté par les officiers du corps de Santé Colonial provenant de l'Ecole d'Application du Service de Santé Colonial de Marseille, des médecins civils des cadres locaux de l'Assistance Médicale recrutés par concours, et des médecins et des dentistes contractuels

En Indochine, l'Ecole de Médecine d'Hanoï qui formait des médecins indochinois, a été transférée en 1935 en Ecole supérieure et en 1938 en Faculté qui délivre, après examen et soutenance de thèse, le diplôme d'Etat et de docteur en médecine.

Le personnel européen subalterne est constitué par des infirmiers de la section des infirmiers coloniaux, des infirmières et des sages-femmes du cadre et contractuelles et des agents sanitaires.

Ce personnel est assisté par des médecins, des sages-femmes et des infirmiers et infirmières autochtones formés dans nos écoles d'Outre-Mer. L'aide apportée à nos services par ce personnel auxiliaire indigène et de plus en plus marquée.

Moyens.

Schématiquement, dans les colonies principales, les moyens dont disposent les chefs de service sont les suivants :

1° Des organisations de consultation et de traitement.	Hôpitaux de médecine générale ou spécialisés (maternités, instituts ophtamologiques, hypnoseries, léproseries, centres psychiâtriques, etc.). Infirmeries. Dispensaires.
2° Des groupes sanitaires mobiles	Equipes mobiles d'assistance médicale. Groupes mobiles d'hygiène et de prophylaxie. Groupes mobiles de la trypanosomiase (en Afrique).
3° Des organismes d'hygiène et de prophylaxie des maladies épidémiques et sociales......	Instituts et services d'hygiène. Bureaux municipaux d'hygiène. Lazarets maritimes et terrestres.
4° Des centres de recherches scientifiques	Institut Pasteur. Laboratoires de bactériologie, de chimie, d'entomologie.
5° Une Faculté et des Ecoles de Médecine ..	Faculté de Hanoï (Indochine). Ecole de Médecine africaine de Dakar A.O.F.). Ecole de Tananarive (Madagascar). Ecole de Pondichéry (Indes).
6° Des magasins........	Pharmacies régionales. Pharmacies fédérales.

LES PRINCIPES.

Dans une première période jusqu'en 1927, l'action du service de santé s'est surtout exercée sur le plan individualiste de la **Médecine curative**, dans les formations fixes que constituent les hôpitaux, les ambulances et les postes médicaux.

La seconde période a surtout été marquée par le développement de l'**Assitance médicale**, **la lutte contre les endémo-épidémies** et la **protection de la Maternité et de l'Enfance.**

Les territoires sont divisés en circonscriptions sanitaires, les chefs-lieux sont dotés de formations hospitalières; on annonce l'organisation à laquelle on donnera plus tard le nom d'Assistance médicale « en profondeur », en créant dans chaque circonscription des dispensaires ruraux et des centres de consultations visités périodiquement par les médecins du cercle.

On organise la **lutte contre les endémo-épidémies** en créant des Instituts spécialisés, les groupes mobiles d'hygiène et de prophylaxie, les équipes polyvalentes de protection contre la maladie du sommeil.

Les résultats obtenus sont remarquables et vont permettre d'organiser définitivement la **médecine mobile**, surtout en Afrique où les populations peu denses sont disséminées sur d'immenses territoires et où les villages, très clairsemés, ne constituent pas, en général, d'agglomérations importantes.

Seuls, des **groupes sanitaires mobiles** convenablement équipés en personnel et en matériel peuvent pénétrer à travers la brousse; prospecter tous les villages, préciser les facteurs conditionnant l'état sanitaire local et assurer enfin aux malades dépistés (lépreux, syphilitiques, pianiques, trypanosomés) un traitement rationnel et périodique dont l'efficacité justifie tous les efforts.

C'est sur ces principes que vient d'être créé en 1944, dans chacune des Fédérations de l'A.O.F. et de l'A.E.F. ainsi qu'au Cameroun, un **service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie.** Ce service a pour mission d'assurer le dépistage et le traitement de masse des maladies endémo-épidémiques.

Le service autonome de la maladie du sommeil qui fonctionnait en A.O.F. depuis 1939 a été intégré dans le service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie. Celui-ci est doté de crédits spéciaux et de moyens suffisamment larges pour lui permettre d'assurer dans les meilleures conditions l'exécution de son plan de campagne.

LES RESULTATS.

Dans les formations sanitaires réparties sur l'ensemble des Territoires d'Outre-Mer, des millions de consultations sont données chaque année (30.000.000, rien que pour l'Afrique Noire).

Mais, à cette activité nécessaire, malheureusement sans grand intérêt social et particulièrement onéreuse en raison d'une dépense considérable de médicaments pour une simple thérapeutique trop symptomatique, il y a lieu d'opposer l'action ordonnée et particulièrement valable, menée contre la maladie du sommeil, la peste et la fièvre jaune et qui n'a cessé de se développer même pendant les années de guerre.

C'est ainsi que, pour l'A.O.F., près de 15.000.000 de vaccinations antiamaryles ont été pratiquées depuis 1939, grâce aux travaux de l'Institut Pasteur de DAKAR. Et l'incidence de la fièvre jaune a été réduite à quelques cas sporadiques chez des non vaccinés.

De même à MADAGASCAR, dans la zone endémique pesteuse, 3.000.000 de vaccinations ont fait tomber le nombre total des cas de peste de 3.000 en 1933 à 184 en 1945. Le vaccin utilisé est le virus-vaccin E.V. de GIRARD et ROBIC, de l'Institut Pasteur de Tananarive.

Dans le même ordre d'idées le Service de la prophylaxie de la maladie du sommeil en A.O.F. a visité, en 1944, 4.439.201 indigènes et dépisté 19.487 nouveaux malades. Le nombre des indigènes examinés par ce Service de 1940 à 1944 s'élève à 20.584.339 sur lesquels plus de 300.000 trypanosomés ont été reconnus, tandis que 100.000 anciens malades environ étaient déclarés guéris et rayés des contrôles.

L'indice de contamination nouvelle qui était de 2,70 p. 100 en 1937, s'est abaissé progressivement à 0,40 p. 100 en 1945.

Même activité en A.E.F. et au CAMEROUN où, grâce au travail des groupes mobiles, la maladie du sommeil est contenue et l'indice de contamination nouvelle partout inférieur à 1 p. 100, sauf en de rares points localisés.

Enfin, il faut citer également l'œuvre réalisée par le Service antipaludique des Instituts Pasteur d'Indochine dans la lutte si difficile à mener contre la malaria.

PROJETS.

Depuis plusieurs années et plus particulièrement à l'occasion de la Conférence de BRAZZAVILLE, il a été mis en lumière que l'amélioration durable de la situation sanitaire dans les Territoires d'Outre-Mer et le redressement de la balance démographique ne pouvaient pas être attendus de la seule action du Service de Santé.

Pour l'amélioration de la situation actuelle l'interdépendance des problèmes sanitaire, économique, social, voire politique, doit être soulignée.

La guerre et ses conséquences ont accéléré, en effet, parmi les populations coloniales, une évolution politique se traduisant par de fortes tendances autonomistes qui nécessitent dans le domaine sanitaire, comme ailleurs, une adaptation de notre organisation.

Par ailleurs, dans les pays qui se situent actuellement en tête du progrès médical, la guerre a été un stimulant puissant. Elle a consacré la suprématie de la technique. Pour nous, elle a été au contraire une entrave et nos réalisations sont restées en arrière de celles que permettrait l'application des techniques modernes à l'heure où le développement rapide des moyens de communication accentue l'interdépendance de toutes les parties du monde. Et notre organisation ne répond plus pleinement aux exigences internationales.

Le problème de la Santé publique dans les Territoires d'Outre-Mer se situe actuellement sous deux aspects :

Aspect intérieur.

Sans préjuger de l'évolution politique des Territoires d'Outre-Mer, il est nécessaire qu'une règle commune, librement acceptée par les communautés autonomes, intervienne pour assurer à la pratique médicale les garanties que confèrent la valeur et la conscience professionnelle, pour la faire participer au développement de la technique et pour donner aux masses en évolution la sécurité d'une organisation médico-sociale nettement orientée vers les idées de progrès.

Aspect international.

Les conditions doivent être créées pour que nous reprenions notre place aux premiers rangs de la recherche.

Les conventions internationales nous font une obligation d'assurer la sécurité sanitaire absolue des positions stratégiques qu'occupent certains de nos Territoires sur le réseau mondial des communications.

Une conscience internationale, tenue de plus en plus en éveil parmi des masses anti-colonialistes exige qu'une action prophylactique intense soit menée contre les grands facteurs de dépopulation ou de stagnation des races.

Pour mener à bien cette tâche qu'impose ainsi le double souci des nécessités internationales d'une part, intérieures, de l'autre, des projets de réorganisation de la Santé publique, dans les Territoires d'Outre-Mer, sont à l'étude. Ils reposent sur les principes suivants :

1° Institution d'une communauté sanitaire des Territoires d'Outre-Mer de l'Union Française;

2° Responsabilité de la Nation Française au nom de l'Union Française à l'égard de tous les problèmes sanitaires ayant une répercussion internationale, ainsi que des problèmes sociaux des collectivités;

3° Responsabilité des communautés locales à l'égard de la médecine préventive et curative de l'individu, et de l'hygiène des collectivités envisagée dans son incidence locale;

4° Nationalisation de l'organisation médico-sociale; cette mesure n'affectant pas le droit à l'exercice libre de la médecine privée;

5° Développement accru de la recherche pure et appliquée, base de la solution recherchée à tout problème sanitaire;

6° Ouverture, sur des bases communes, de l'accès des cadres des Services à tous les citoyens français en assurant à ces cadres une situation matérielle et morale en rapport avec les hautes fonctions sociales qu'ils sont appelés à remplir.

PROGRAMME HOSPITALIER.

Bien que le problème de la Santé publique dans les Territoires d'Outre-Mer soit, au premier chef, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, un problème de médecine prophylactique, de médecine sociale, bien que depuis 1944 les nouveaux services d'hygiène mobile aient pris en main la lutte contre les grandes épidémies tropicales et de prophylaxie de l'Afrique Noire, il importe de ne pas perdre de vue l'organisation rationnelle de la médecine individuelle de dispensaire et d'hôpital, qui doit compléter nécessairement et heureusement l'action des services d'hygiène mobile et de prophylaxie. Actuellement il existe par territoire un hôpital de chef-lieu, par fédération ou par territoire autonome un hôpital général. Aucun de ces hôpitaux n'a une capacité suffisante. L'équipement, généralement, ne correspond pas aux besoins de la médecine moderne. En outre, dans chaque territoire il existe un nombre variable de dispensaires, hôpitaux de construction plus ou moins logique, d'exploitation très difficile. A ces dispensaires-hôpitaux se rattachent le plus souvent des maternités dont l'équipement laisse beaucoup à désirer, et des infirmeries rurales de brousse qui sont parfois de simples paillottes.

Pous nous résumer, il n'y a pas plus de 70.000 lits d'hospitalisation dans les Territoires d'Outre-Mer. On doit, d'ailleurs, avouer qu'en dehors des hôpitaux des chefs-lieu de Fédération ou de Territoires autonomes et de quelques hôpitaux de chef-lieu de Territoire, il n'y a pas de vrais centres hospitaliers. Les dispensaires-hôpitaux sont pour la plupart des constructions provisoires dont les plans n'ont pas été étudiés. Aucun essai de standardisation des constructions, aucun programme de standardisation de l'équipement des formations hospitalières n'a jamais été entrepris.

Il est urgent d'établir un programme moderne de construction hospitalière. La complexité de la tâche de donner à chacun « de la bonne médecine » dans ces immenses Territoires d'Outre-Mer à population clairsemée ne doit pas nous décourager. Il faudra éduquer les populations pour que les hôpitaux, les dispensaires, les centres de santé, dans la brousse et dans les agglomérations urbaines, soient utilisés au maximum, mais il faudra aussi répartir judicieusement toutes ces différentes formations hospitalières au prorata de la densité des populations. Tout cela va demander des crédits énormes. La Métropole devra financer pour une large part le programme hospitalier et pour la construction et pour l'équipement. Ce financement sera complété par l'apport d'argent local : taxe de santé à ajouter à l'impôt normal, mais dont le produit devra être absolument réservé à la santé publique.

Un plan d'organisation hospitalière, surtout dans un milieu tropical où les fonctions climatiques sont d'une influence primordiale, doit être étudié. Son établissement sera le fait du travail en équipe de médecins, d'architectes et d'ingénieurs. Il devra être très souple pour pouvoir être applicable dans toutes les régions de la France d'Outre-Mer. Il n'y a pas de doute que des hôpitaux de différents types, des centres de santé et des dispensaires doivent être rapidement édifiés et équipés en vue de permettre, à chaque citoyen des Territoires d'Outre-Mer, de retirer une aide maximum d'une médecine modernisée. Il faut envisager un avenir où chaque formation hospitalière drainera une région dont le rayon ne pourra excéder 40 kilomètres, et pourra disposer de 2 à 3 lits pour 1.000 habitants. Jusqu'à ce jour, nous avons fait des efforts considérables, mais ces efforts n'ont pas toujours été ordonnés et rationalisés et en définitive les résultats méritaient mieux. Il nous faut appliquer un plan d'ensemble qui sera contrôlé par un Comité à créer : Comité composé de spécialistes aussi bien médecins, hygiénistes, architectes et ingénieurs.

Il faudra faire une estimation exacte du prix de revient d'un tel programme pour connaître vraiment les crédits à prévoir. Une standardisation minutieuse doit être envisagée de manière que l'on puisse retrouver en général les mêmes procédés, les mêmes équipements en partant des plus petites formations pour aller jusqu'aux plus grandes. Ce plan d'ensemble doit venir s'articuler avec facilité sur les services d'hygiène et de prophylaxie. **Dans le cadre de cet article nous ne pouvons que donner l'allure générale d'une telle réorganisation que nous avons essayé de schématiser pour la rendre plus claire.**

Ainsi envisagés, les Services de la Santé publique apporteront aux populations des Territoires d'Outre-Mer la garantie d'un art médical inspiré des progrès constants de la Technique, les protègeront contre les grands fléaux sociaux, endémiques et épidémiques qui menacent les masses et les doteront d'une organisation médico-sociale, adaptée aux exigences actuelles, assurant à l'individu la sécurité maxima.

Méd. Gén. VAUCEL.

SCHÉMA D'UN PLAN DE RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE POUR LES TERRITOIRES D'OUTRE-MER

LES BATIMENTS TYPES			
HOPITAL DE BASE	**HOPITAL REGIONAL** **(Centre de diagnostic)**	**HOPITAL-DISPENSAIRE** **(Centre de Santé)**	**DISPENSAIRE RURAL**
1.000 LITS + MATERNITE. Type BRAZZAVILLE. DAKAR. TANANARIVE, etc...	300 LITS + MATERNITE. Type BAMAKO. KAYES. ABIDJAN. DOUALA, etc.	100 LITS + MATERNITE. Type SEGOU. MOPTI. MARADI, etc.	10 LITS + MATERNITE FACULTATIVE. Type MAGARIA. DOUTCHI. KOULIKORO, etc.
SERVICES MEDICAUX 1. MEDECINE GENERALE — MALADIES TROPICALES, CARDIOLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, NUTRITION. 2. MEDECINE MALADIES CONTAGIEUSES : TUBERCULOSE (en liaison avec sana). 3. CHIRURGIE GENERALE — UROLOGIE, ORTHOPEDIE, GYNECOLOGIE, CANCEROLOGIE. 4. OBSTETRIQUE, MATERNITE, PEDIATRIE. 5. NEUROLOGIE — NEURO-CHIRURGIE, PSYCHIATRIE (en liaison avec les asiles d'aliénés). 6. DERMATOVENEROLOGIE. 7. RADIOLOGIE, PHYSIOTHERAPIE. 8. LABORATOIRES CLINIQUES ET D'ENSEIGNEMENT BACTERIO, ANATOMOPATHO-CHIMIE BIO PHYSIOLOGIE (en liaison avec les labos de recherches). 9. STOMATOLOGIE — DENTISTERIE. 10. OTORHYNOLARYNGOLOGIE. 11. OPHTALMOLOGIE. **ENSEIGNEMENT ET PERFECTIONNEMENT** ECOLES MEDECINE. PHARMACIE. SAGES-FEMMES. INFIRMIERS. INFIRMIERES. INFIRM. SOCIALES. AGENTS D'HYGIENE. ELEVES INTERNES. ELEVES EXTERNES. MEDECINS. CHIRURGIE. CHEFS DE SERVICE. MED. ASSISTANTS. MED. RESIDANTS. MED. SPECIALISTES. **HOPITAUX SPECIALISES** ASILES D'ALIENES, VIEILLARDS, SANATORIA, HOPITAUX DE CHRONIQUES.	**SERVICES MEDICAUX** 1. CLINIQUE GENERALE. 2. MEDECINE GENERALE ET TROPICALE, NEUROPSYCHIATRIE. (En liaison avec sanas.) 3. MALADIES CONTAGIEUSES - TUBERCULOSE. (En liaison avec sanas.) 4. DERMATOVENEROLOGIE. 5. OBSTETRIQUE. — MATERNITE — PEDIATRIE. 6. DENTISTERIE. 7. OTORHYNOLARYNGO — OPHTALMOLOGIE. 8. RADIOLOGIE — PSYSIOTHERAPIE. 9. LABORATOIRE, CLINIQUE, CHIMIE, BIOLOGIE, ANATOMIE, PATHOLOGIE, BACTERIOLOGIE. (En liaison avec les labos de recherches.) **PERFECTIONNEMENT** PHARMACIENS. SAGES-FEMMES. INFIRMIERS. INFIRMIERES. CHIRURGIENS. MEDECINS. CHIRURGIE. CHEFS DE SERVICE. MEDECINS ASSISTANTS. MEDECINS RESIDANTS. MEDECINS SPECIALISTES.	**SERVICES MEDICAUX DISPENSAIRE-HOPITAL** 1. CHIRURGIE D'URGENCE, MOYENNE CHIRURGIE ET PETITE CHIRURGIE. 2. MEDECINE D'URGENCE, MEDECINE GENERALE, MEDECINE TROPICALE. 3. OBSTETRIQUE. MATERNITE. 4. DENTISTERIE. 5. RADIOLOGIE. 6. BACTERIOLOGIE ET CHIMIE, BIOLOGIE, CLINIQUES. 7. OTORHYNOLARYNGO. OPHTALMOLOGIE. 8. DERMATOVENEROLOGIE. **CENTRE DE SANTE** 1. SERVICE MEDICO-SOCIAL-STATISTIQUE, FICHIER MEDICAL DE LA REGION, ASSISTANTES ET INFIRMIERES SOCIALES, CONTROLE, SANTE PUBLIQUE, VISITES A DOMICILE. 2. CONSULTATIONS DE DEPISTAGE EN LIAISON AVEC LE SERVICE PROPHYLAXIE ET HYGIENE MOBILE. (Tuberculose — placement — endémies 3. TRAITEMENT DES MALADES EXTERNES ENVOYES PAR SERVICE PROPHYLAXIE ET HYGIENE MOBILE. (Tuberculose — placement — endémies tropicales.) 4. CONSULTATIONS NOURRISSONS, FEMMES ENCEINTES ENFANTS ET VIEILLARDS. — SURVEILLANCE DES ENFANTS DES ECOLES. — 5. SERVICE D'HYGIENE DE LA REGION AVEC AGENTS D'HYGIENE, SOUS CONTROLE INFIRMIER ET SANITAIRE. 6. SERVICE DE PROPAGANDE SANTE PUBLIQUE et HYGIENE SOCIALE. EDUCATION DES AUTOCHTONES. (En liaison avec Administration et Enseignement.) CINEMA et CONFERENCES. (En liaison avec service prophylaxie et hygiène mobile.) 8. LIAISON HEBDOMADAIRE AVEC LES DISPENSAIRES RURAUX.	**SERVICES MEDICAUX** 1. SOINS AUX BLESSES et MALADES GRAVES. (En liaison téléphonique avec le dispensaire-hôpital.) 2. TRAITEMENTS CONTROLES 2 FOIS PAR SEMAINE PAR LE MEDECIN DU DISPENSAIRE-HOPITAL. 3. CONSULTATION GENERALE MEDICO-CHIRURGICALE BI-HEBDOMADAIRE PAR UN MEDECIN DU DISPENSAIRE-HOPITAL. (Radio portative.) 4. TRAITEMENTS DES MALADES ENVOYES PAR LES SERVICES DE PROPHYLAXIE ET D'HYGIENE MOBILE.

LA DISTRIBUTION DES SERVICES DE SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS

par

Paul NELSON

NOTE DE L'AUTEUR. — L'analyse présentée ici n'est qu'un des chapitres d'une recherche sur l'organisation fonctionnelle de la ville dont j'ai été chargé par le gouvernement américain en 1942.
A défaut d'un planning national pour la distribution des services de santé aux Etats-Unis, j'ai été obligé d'analyser les systèmes en action, puis leurs défauts, et enfin leurs buts et leurs tendances, pour arriver à découvrir les standards urbains et les bâtiments-types qui pourraient assurer la distribution la plus efficace des services de santé dans le planning urbain d'une unité de voisinage.

STANDARDS URBAINS DE LA SANTE PUBLIQUE

A. LE PROGRAMME NATIONAL.

Le Service de Santé publique a pour but d'assurer à chaque individu les soins préventifs et curatifs dont il a besoin, de la conception à la mort, et de préserver la santé de la communauté.

Comparons brièvement l'état réel des choses à l'idéal que nous venons d'exposer :

Le rapport du Sous-Comité Technique des soins médicaux, du Comité Inter-Ministériel de coordination des Services de Santé et de Bien-Etre de 1938 (1), a révélé l'importance alarmante de la maladie dans le pays, en précisant que la perte économique qui en résulte annuellement est de l'ordre de dix milliards de dollars « sans parler des incalculables conséquences sociales du mauvais état de santé ». Le rapport sur la mise en œuvre des Ressources Nationales de 1943 (The National Resources Development Report) (2) fait ressortir que « la prédominance généralisée de maladies ou d'infirmités, qu'il serait possible de prévenir ou de contrôler, donne une piètre opinion du bon sens national ». Enfin, des constatations récentes ne font que confirmer la gravité de la situation : « l'examen médical des recrues, lors de la visite d'incorporation, a démontré que 40 % des hommes examinés étaient inaptes au service, et que plus d'un quart devait être définitivement réformé. Dans ces conditions il y a lieu de considérer que l'état sanitaire du pays est pour celui-ci un problème de première importance ».

Les deux rapports sus-mentionnés soulignent ce fait que le premier problème à résoudre est celui de la barrière économique qui existe entre ceux qui ont besoin de services médicaux et sanitaires et ceux qui sont préparés et équipés en vue de fournir ces services.

Les conclusions du rapport du Sous-Comité Technique indiquent que « si le tiers de la population qui est mal nourri, mal logé, mal vêtu, est aussi, en cas de maladie, mal soigné, le fait en est toujours dû à une même raison, qui est un revenu insuffisant », et que « les lacunes essentielles des services de santé publique doivent être recherchées, non en ce qui concerne la capacité de procédure, mais en ce qui concerne la capacité de distribution... Certains organismes étant utilisés bien au-dessous de leurs moyens, tandis que par ailleurs des gens ne reçoivent aucun des soins dont ils auraient besoin ». Et il termine en disant que « pour obtenir une distribution et une utilisation efficaces des soins médicaux et sanitaires, il fallait d'abord établir un plan national qui permît l'emploi économique des moyens d'action existants, aux fins de défense et d'amélioration de la santé publique. »

Le programme national doit assurer :

1) à tous, des soins sanitaires et médicaux satisfaisants;
2) la possibilité économique de recevoir ces soins;
3) une organisation économique et efficiente des services de santé publique

B. LES BESOINS A SATISFAIRE ET LES SERVICES CORRESPONDANTS.

Il est évident que les services nécessaires aux soins adéquats de chaque individu malade auront, du fait des relations matérielles entre ces services et le foyer familial, une influence plus grande sur le programme de planning urbain, que les simples services de Santé publique. C'est pourquoi seuls les services de la première catégorie seront étudiés ici en détail.

En 1933, les docteurs JONES et LEE, en collaboration avec le Comité des Soins Médicaux de l'Université de Chicago, ont entrepris une estimation des besoins moyens de chaque individu en soins médicaux, du nombre de lits d'hôpitaux, et de l'importance du personnel nécessaire à la satisfaction de ces besoins. (3)

Les besoins en soins médicaux ont été divisés en deux groupes : préventif et curatif. Le besoin de médecine préventive est le même pour tous, malades ou bien portants, de la conception à la mort. Les besoins en médecine curative varient au contraire dans de fortes proportions, et dépendant de l'influence de certaines tares et prédispositions, et de l'action de certaines maladies sur la population.

Cette étude très complète et qui fait autorité, a rassemblé dans le tableau ci-dessous ses conclusions (qui couvrent l'ensemble des besoins en soins médicaux, soins dentaires exclus).

1. **Besoins à satisfaire.**

	Nombre d'heures de docteurs nécessaires par 100.000 habitants et par an		Nombre de docteurs nécessaires par 100.000 habit.
Médecine préventive		75.323	**37.69**
Obstétrique, médecine pré-natale	8.611		
Accouchement et post-partum	18.660	27.271	13.64
Diagnostic et traitement		166.777	83.38
Ophtalmologie		13.710	6.86
TOTAL		283.081	141.57

2. **Services nécessaires.**

a) **Docteurs.**

Chaque docteur étant estimé, d'après le tableau ci-dessus, devoir fournir 2.000 heures de travail médical par an, il a été possible, après avoir déterminé le nombre d'heures de travail de docteur utiles à la satisfaction de chaque besoin médical, de calculer le nombre de docteurs nécessaires. Soit 142 docteurs par 100.000 habitants, ou 1 docteur par 700 personnes.

b) **Infirmières.**

En partant des éléments du tableau ci-dessus, on a pu calculer que, pour permettre des soins satisfaisants, le chiffre de 220 infirmières par 100.000 habitants, ou d'une infirmière par 450 personnes est nécessaire.

c) **Dentistes.**

D'après les besoins à satisfaire on a estimé qu'il fallait prévoir de 99 à 179 dentistes par 100.000 habitants. Si des chiffres plus précis n'ont pu être obtenus, cela tient à ce qu'il a été impossible de déterminer à l'avance s'il reviendrait aux dentistes ou aux hygiénistes dentaires de s'occuper de l'hygiène buccale.

d) **Nombre de lits d'hôpital nécessaire à une population de 100.000 habitants.**

Hôpital général : Services	Nombre de lits
Maternité	68
Service médical	210
Chirurgie	171
Psychiâtrie	13
TOTAL	462
Hôpital psychiâtrique :	
Epileptiques	9
Mentalement déficients	178
Maladies mentales	371
TOTAL	558
Tuberculeux	138
TOTAL GENERAL	1.158

e) **Médecine préventive et Consultations externes.**

En dehors des Services d'hospitalisation, aucune estimation n'a été faite encore des services nécessaires au traitement préventif des bien portants et aux soins curatifs des malades consultants. Il y aurait urgence à faire des recherches en ce domaine.

a) **Docteurs.**

Il y a actuellement approximativement 150.000 médecins en activité aux Etats-Unis, soit environ 114 par 100.000 habitants ou 1 par 880 personnes. En comparaison avec le chiffre estimé nécessaire de 1 médecin pour 700 personnes, il y a donc une insuffisance d'environ 20 %. Le chiffre actuel serait néanmoins considéré comme devant suffire, tant par le Comité technique que par les auteurs du rapport sur la mise en œuvre des Ressources naturelles, si les médecins étaient répartis conformément aux besoins.

b) **Infirmières.**

On compte actuellement approximativement 208.000 infirmières diplômées, soit 158 infirmières pour 100.000 habitants, au lieu du chiffre de 220 estimé plus haut. Mais ici encore le chiffre actuel serait considéré comme suffisant si une répartition adéquate en était faite, et si les ressources financières des individus leur en assuraient l'usage.

e) **Dentistes.**

En janvier 1943 il y avait 72.823 dentistes, soit en moyenne 55 pour 100.000 habitants. Chiffre insuffisant et qui demandera à être doublé.

d) **Hôpitaux.**

Selon les rapports adressés en 1936 et 1938 aux Services de Santé publique par Joseph W. MOUNTIN, chirurgien général adjoint, il existe en gros 1.100.000 lits dans l'ensemble des hôpitaux des Etats-Unis, tandis que sur la base de 1.158 lits par 100.000 habitants, il en faudrait 1.500.000. Dans les « Hôpitaux généraux » on ne compte que 451.000 lits au lieu de 600.000 qu'il faudrait avoir. Enfin, plus des deux tiers des Etats n'atteignent pas le standard de 462 lits l'hôpital général pour 100.000 habitants. Les 9/10 sont en-dessous du chiffre standard de 558 lits d'hôpital psychiatrique pour 100.000 habitants, et les trois quarts des Etats n'atteignent pas au standard de 138 lits de tuberculeux pour 100.000 habitants. (1)

e) **Médecine préventive et consultations externes.**

Pour les familles possédant un faible revenu, ce qui existe en ce domaine est tout à fait insuffisant. Quelques-uns des hôpitaux, parmi les plus importants, possèdent des services de consultations externes, et les services de santé ont organisé, dans un certain nombre de villes ou de cantons, des Centres de Santé, des services de maternité et de puériculture, des consultations pour les maladies pulmonaires et les maladies vénériennes, etc., mais en général on peut dire que le public ne bénéficie pas des services de médecine préventive, d'abord en raison de l'insuffisance des moyens d'action médicaux, ensuite en raison de l'impossibilité économique dans laquelle se trouvent beaucoup de gens de payer ces services. Les conclusions de toutes les enquêtes faites sur cette question sont unanimes à demander que les services locaux de santé publique élargissent leurs services et leurs moyens d'action afin d'être en mesure de satisfaire aux besoins de ceux qui ne peuvent payer.

C. POSSIBILITE ECONOMIQUE D'ASSURER DES SOINS SATISFAISANTS.

Aussi bien le rapport du Sous-Comité technique des Soins médicaux que le rapport sur la mise en œuvre des ressources nationales pour 1943, font ressortir que le personnel et les organisations en existence pourraient pratiquement suffire s'ils étaient distribués conformément aux besoins et que la raison de cette mauvaise distribution tenait au fait que des ressources financières insuffisantes et des revenus trop minimes ne permettaient pas de combler le fossé qui existe entre ceux « qui ont besoin de soins et ceux qui sont préparés et équipés pour les donner ».

En 1937, le Dr Samuel BRADBURY, toujours en collaboration, a estimé que la dépense annuelle du pays pour des soins médicaux satisfaisants — tels qu'ils sont définis et mesurés par LEE et JONES — devrait s'élever en gros à 9,5 milliards de dollars. Tandis que d'après une étude récente du Bureau de Sécurité sociale (Social Security Board) (5), les dépenses réelles varient à l'heure actuelle, approximativement, entre 2 à 3,5 milliards de dollars par an, sur lesquels 16 % sont payés par l'Etat, le canton ou la commune; de 2 à 5 % par les œuvres philanthropiques; de 2 à 3 % par l'industrie; et 80 % par le malade lui-même.

Le Dr BRADBURY a basé son évaluation sur une étude très approfondie du coût de soins médicaux satisfaisants pour un individu moyen, qu'il estime à 86,75 dollars par an.

Ce chiffre se décompose comme suit :

Médecine préventive	(par an)	12,22 dollars
Curative, diagnostic, traitement ..	(par an)	63,83 dollars
Soins dentaires	(par an)	10,70 dollars
TOTAL		86,75 dollars

Rapprochons ce chiffre des revenus de chaque individu et de ses possibilités à payer ses soins médicaux. Selon le rapport du Sous-Comité Technique (1), la proportion du revenu familial consacrée aux soins médicaux varie peu, quel que soit le revenu, jusqu'à ce que le revenu annuel atteigne 5.000 dollars, chiffre au-dessus duquel cette proportion baisse légèrement. Une enquête a montré que dans la période de 1928 à 1931, les familles ayant un revenu annuel de moins de 1.200 dollars en ont dépensé 43 par an en soins médicaux; celles dont le revenu s'est échelonné entre 1.200 et 2.000 dollars en ont dépensé 62; celles au revenu entre 2.000 et 3.000 dollars en ont dépensé 91; celles dont le revenu s'est échelonné entre 3.000 et 5.000 en ont dépensé 134. Un bon nombre d'autres estimations ont été faites sur le coût de soins médicaux satisfaisants dont les résultats varient d'un minimum de 100 dollars par an pour une famille de quatre personnes, à plus de deux fois ce montant (l'évaluation du Dr BRADBURY est de 347 dollars par an pour une famille de quatre personnes).

« Même en s'arrêtant au chiffre le plus bas, il est évident qu'il est supérieur à ce que beaucoup de familles peuvent se permettre de dépenser en ce domaine, c'est-à-dire 4 à 5 % de leur revenu. En 1929, environ 12 millions de familles, soit plus de 42 % de la totalité de la population, avaient des revenus annuels inférieurs à 1.500 dollars. Bien qu'une réduction des coûts médicaux soit possible, et bien qu'on puisse espérer par une éducation plus répandue inciter les gens à consacrer une part plus grande de leurs revenus en soins médicaux, il n'en reste pas moins qu'une proportion importante de la population — certainement le tiers et peut-être la moitié — est trop pauvre pour être en mesure de payer l'intégralité du coût des soins médicaux, sur quelque base que ce soit ».

« La proportion de gens à faible revenu qui passe une année entière sans recevoir de soins médicaux, est trois fois plus forte que la même proportion dans la catégorie des gens riches. » Et cependant « le pauvre a davantage besoin de sons que celui qui a de l'aisance ou qui est riche. Le pauvre est plus souvent malade et la maladie amène la pauvreté. C'est là un cercle vicieux dont les conséquences sont antisociales. » De plus « dans la pratique la maladie n'atteint pas l'individu en des proportions déterminées. Les besoins médicaux sont pour chaque individu inégaux et imprévisibles. Les dépenses corrélatives sont en fait un risque économique au même titre que le chômage ou la mort, risque contre lequel chaque famille doit être protégée. » C'est pourquoi **il importe de prendre au plus tôt des mesures en vue de porter remède à cette situation, soit par les Assurances sociales, soit par un système organisé d'Assistance publique, soit par l'ensemble de ces deux moyens.** (1)

D. ORGANISATION ECONOMIQUE ET EFFICIENTE DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE.

NOTE. — Cette partie de l'étude des services de santé publique est la plus importante du point de vue du planning urbain et des exigences des unités de voisinage; car c'est la recherche des conditions d'une distribution efficiente et économique des soins médicaux qui contribuera à définir et permettra de déterminer l'importance optimum de la population dans les différentes subdivisions de la communauté; de même que la distance maximum à parcourir du Centre de Santé à la maison la plus éloignée sera un facteur très important du plan urbain, susceptible d'en modifier la conception.

« Tout bien considéré, il est probable que ce dont on ait le plus besoin aux Etats-Unis est une distribution plus efficace, avec tout ce qu'elle comporte de considérations économiques fondamentales. » (1)

L'Association Médicale Américaine reconnaît ce fait sous la plume du rédacteur en chef de son journal, le Dr MORRIS FISHBEIN. Ce dernier, se référant au rapport du National Resources Planning Board qui préconise une coopération entre la profession médicale et le gouvernement et par ailleurs demande que des recherches soient entreprises sur le potentiel de développement des soins médicaux fournis par la collectivité et sur la possibilité pratique d'utiliser des méthodes telles que celles des Assurances sociales, a écrit : « Le corps médical ne s'oppose pas à de telles réformes, à condition qu'elles n'impliquent pas une organisation médicale contrôlée par l'Etat et une assurance-maladie obligatoire. » (6) Et le Dr FISHBEIN continue en citant l'opinion du vicomte DAWSON, de Pennsylvanie : « Le médecin doit rester un individu et ne pas devenir un fonctionnaire officiel. Et c'est là que le planning médical se heurte à une difficulté cruciale, car il demande le collectivisme dans son organisation et l'individualisme dans le rapport humain entre médecin et malade. »

Il semble donc qu'une des barrières qui retarde « une distribution plus efficace » est la confusion des idées en la matière, et la mauvaise interprétation donnée au rôle du médecin dans la médecine d'Etat.

« Le Bureau de l'Enfance », du Ministère du Travail, a proposé un programme pour obtenir dans chaque communauté des services médicaux et sanitaires plus efficients et plus économiques (7). Ce plan, qui s'inspire des suggestions du Sous-Comité Technique des Soins médicaux et du National Resources Planning Board, préconise l'emploi de ressources financières fournies par le budget fédéral, le budget de chaque Etat et les budgets locaux en vue d'obtenir :

— la généralisation de services de soins locaux à plein-temps, dans la commune, dans le canton, dans le district;

— l'utilisation plus efficace des œuvres et organismes existants, comprenant : soins dans les hôpitaux, soins dans les cliniques, soins à domicile, et l'accroissement des moyens d'action pour que toutes les communautés puissent être pourvues de façon satisfaisante;

— la coordination plus effective des services sanitaires et médicaux de santé publique, publics ou privés, qui sont responsables à l'intérieur de la communauté de la santé, du bien-être, de l'éducation et des Assurances sociales;

— la construction et l'entretien adéquat de tous les centres de santé et hôpitaux qui s'avèreront nécessaires.

En admettant que ces quatre principes soient fondés et représentent vraiment les tendances actuelles, il devient maintenant possible d'examiner comment le système médical actuel peut être réorganisé, et de découvrir les « criteria » spécifiques nécessaires pour les incorporer dans notre étude sur le planning urbain.

1. **Personnel.**

Les services des médecins ne sont utilisés ni au maximum de leurs possibilités, ni de façon effective. « Constater une fois de plus que les médecins ne sont pas répartis de façon égale à travers tout le pays, ne résoudra pas le problème; l'exercice de la médecine dans les secteurs déshérités doit être **rendu attrayant, tant du point de vue pécuniaire que du point de vue professionnel**, avant que l'on puisse espérer voir s'y établir les jeunes médecins, là justement où leurs services sont le plus nécessaires. » (1)

Dans une étude très intéressante, « L'évolution de la formation professionnelle » (8), le Dr SIGERIST, professeur à l'Université de Johns Hopkins, entreprend de préciser le rôle du médecin moderne. Il fait remarquer qu'actuellement le 4/5 des malades sont des salariés et le

1/5 des non-salariés, alors qu'autrefois la proportion était inversée. « Les malades contemporains ont aujourd'hui un travail qu'ils peuvent perdre demain et éprouvent de ce fait un sentiment très vif d'insécurité. De ce fait il existe une forte demande pour que les bases des relations médecin-malade soient changées, et qu'elles soient fondées sur le principe de la sécurité sociale. Il ne peut y avoir de doute sur le fait que dans un avenir très proche des ajustements seront apportés aux mécanismes de distribution des soins médicaux. Et que dans de telles conditions, de toute évidence, un nouveau type de médecin sera nécessaire... Il devra être toujours, comme par le passé, un homme de science, mais cela ne suffira pas, il faudra qu'il soit aussi un homme social.

Il devra diriger l'essentiel de ses efforts vers la prévention de la maladie et ne devenir thérapeute que lorsque la prévention se sera avérée insuffisante. Le médecin de médecine générale restera l'élément de base de la profession, mais s'il demeure livré à lui-même, isolé, il sera perdu et ne pourra plus pratiquer une médecine vraiment scientifique. Il aura besoin de l'appui d'un Centre de Santé ou d'un hôpital, ainsi que d'un groupe de spécialistes à qui il pourra demander aide et conseils. En d'autres termes, **la médecine de demain sera, par nécessité, une médecine de groupe, organisée autour d'un Centre de Santé, parce que c'est la forme d'organisation des services médicaux la plus efficace. »**

La conclusion à laquelle arrive le Dr SIGERIST en se plaçant du point de vue professionnel, à savoir que le Centre de Santé deviendra logiquement le centre de gravité d'un système efficient et rationnel de distribution des services de santé publique, est depuis quelque temps celle à laquelle se sont ralliées, en partant d'un point de vue économique, un certain nombre de villes américaines : New-York, Boston, Los Angeles, et celle qu'a adoptée l'Administration publique du Logement, en particulier pour ses constructions de la période de guerre. C'est aussi le système employé en Russie depuis un nombre d'années, et c'est celui proposé en Angleterre après diverses expériences, telle celle de Peckham, pour le planning d'après-guerre.

« Tout Centre de Santé, écrit Joseph MOUNTIN, Chirurgien général adjoint des Services de Santé publique, qu'il soit construit maintenant ou dans le futur, doit être conçu conformément à la conception qu'on a de ce qu'un Centre de Santé moderne doit être... Il s'établira de lui-même dans le cœur et dans l'esprit des gens comme le point central d'où émanent toutes les activités relatives à la santé de la communauté. Ainsi compris, le Centre de Santé devient en fait ce qu'en théorie il devrait être : une institution digne de la science qui combat la maladie et procure à l'homme une existence plus longue, plus heureuse, plus utile. » (9)

2. Le Centre de Santé.

Le Centre de Santé, dans sa signification la plus large, assure tant les services de santé publique que les services de médecine préventive et de consultations externes mentionnés plus haut. Il assure l'examen périodique des bien portants, le diagnostic et le traitement des malades externes consultants. Il assure des services médicaux tels que ceux de médecine pré-natale et des soins post-partum, se mettant en rapport avec les services de maternité de l'hôpital local, pour qu'aucune interruption ne se produise dans le traitement de la mère et de l'enfant; il organise des consultations de nourrissons et possède une clinique de maladies infantiles; il offre une organisation complète de soins préventifs, de diagnostic et de traitement aux malades de tous âges; il comprend un service dentaire, un service complet de laboratoire et de rayons X; un service de rééducation et de thérapie du travail, d'orientation professsionnelle et récréationnelle; un service d'éducation sanitaire et de propagande. A domicile il assure une sécurité complète à la fois sociale et médicale, et l'entrée à l'hôpital du malade dont l'état nécessite l'hospitalisation. L'hôpital dépend du Centre de Santé pour ses malades. Le Centre de Santé est en un sens une sorte de médecin de famille, amplifié et équipé de la façon la plus complète. Toutes les activités se rapportant à la santé, au bien-être, à l'éducation, sont intégrées dans le Centre de Santé. Un fichier central y est tenu à jour, qui constitue pour chaque membre de la communauté un dossier de santé que l'on peut toujours consulter. Certains centres, tel celui de Peckham, à Londres, ont mis l'accent sur le côté préventif de leur activité en incorporant à leurs services des services de récréation, des services culturels, des services sociaux, atténuant ainsi l'impression morbide inhérente souvent à l'idée que l'on se fait du Centre de Santé, en faisant ressortir le fait que le Centre de Santé est un élément positif de la vie de la communauté. (9)

Dans la pratique aujourd'hui, d'après les Services de Santé américaine, un Centre de Santé combine toutes les activités des administrations locales de santé publique. Dans les plus petites communautés urbaines, il devient le bureau principal des services de santé publique, aussi bien qu'un centre d'activités diverses qui peuvent même s'écarter assez sensiblement des activités fondamentales des services de santé — administration, hygiène environnante, contrôle des maladies contagieuses, service des infirmières, éducation sur les problèmes de santé, jusqu'à comprendre certains services à proprement parler médicaux pour les maladies pulmonaires et vénériennes, les soins pré-nataux et post-partum, les consultations de nourrissons et parfois, dans certains cas spécifiques, des services médicaux complets tant préventifs que curatifs, destinés particulièrement aux indigents.

Par ce fait qu'il englobe un grand nombre d'activités diverses, le Centre de Santé réduit le nombre des doubles emplois et assure des économies importantes. Mais son principal avantage est sans nul doute de mettre à la disposition des médecins tout un appareillage scientifique auquel, par leurs seuls moyens, ils ne pourraient prétendre, élevant ainsi le niveau des standards scientifiques du traitement médical, non seulement au bénéfice du médecin, mais aussi à celui du malade.

En ce qui concerne le rapport qui existe entre la « continuité des soins » et l'existence d'une fiche de santé toujours tenue à jour, le Dr BARNARD, des Services de Santé publique de la ville de New-York, souligne ce fait que bien souvent une femme enceinte est obligée de consulter avant, pendant et après la naissance de son enfant, sept docteurs différents dans sept endroits différents. Chaque docteur étant alors obligé de remplir une nouvelle fiche qui, non seulement représente une perte de temps et un prix de revient plus élevé, mais signifie encore que souvent le docteur peut rester parfaitement ignorant des diagnostics et soins antérieurs, et n'a aucune assurance que le traitement qu'il indique sera par la suite poursuivi. Exemple qui démontre bien que l'intégration dans un même centre de divers services de santé publique s'effectue au profit aussi bien du médecin, qui dispose de moyens scientifiques plus étendus, qu'à celui de malade, qui bénéficie de chances plus grandes de guérison.

3. STANDARDS URBAINS DE SANTE PUBLIQUE.

a) Centre de Santé.

Un Centre de Santé desservant une population de 20.000 à 30.000 habitants paraît être la meilleure formule. Il convient cependant de noter que cette question n'a pas été suffisamment étudiée et que des recherches plus approfondies devraient être entreprises.

Le Bureau de l'Enfance propose pour le service de puériculture et consultations de nourrissons, une population maximum de 10.000 habitants, en basant ce standard sur le chiffre d'une consultation par semaine (10). Néanmoins, en cas d'intégration de toutes les activités se rapportant à la santé, le Bureau de l'Enfance considère qu'il serait préférable de tenir plusieurs consultations dans un même Centre de Santé.

En ce qui concerne la distance, le Dr Martha ELIOT, Directeur adjoint du Bureau de l'Enfance au Ministère du Travail, estime que la distance de marche doit être limitée aux possibilités de la femme enceinte et du petit enfant, soit, d'après elle, ne pas excéder — de l'habitation la plus éloignée au centre même — 800 mètres (1/2 mile), le chiffre de 400 mètres (1/4 mile) étant préférable.

b) Hôpitaux.

« L'octroi de soins médicaux satisfaisants est très souvent arrêté par l'insuffisance de l'équipement et des moyens financiers. Le travail de recensement des hôpitaux, effectué en 1935, a confirmé le fait que l'existence de moyens d'action dans une communauté dépend dans une très large mesure de la richesse plus ou moins grande de cette communauté, calculée sur le revenu par tête d'habitant. Le nombre de lits en général et les hôpitaux annexes de spécialisations étant par exemple deux fois et demi plus nombreux dans les secteurs riches que dans les secteurs pauvres. » (2)

Il s'ensuit que du point de vue de la santé publique, la surface urbaine doit être divisée en secteurs d'unités hospitalières, non pas d'après des divisions administratives ou politiques, mais bien d'après les chiffres de population. Leurs dimensions idéales, du point de vue du maximum d'efficience et d'économie, correspondent théoriquement à une population de 50.000 à 100.000 habitants.

En ce qui concerne l'importance des hôpitaux, on peut dire qu'elle est en général trop faible : le quart d'entre eux compte moins de 25 lits et la moitié moins de 50, ce qui est d'autant plus à déplorer qu'un petit hôpital rend moins de services qu'un grand. 2 % seulement des hôpitaux généraux contiennent 500 lits et plus, et 16 % seulement ont plus de 150 lits. (11)

NOTE. — Les dimensions d'un hôpital général au maximum d'efficience correspondent à une capacité de 250 à 500 lits. D'après le standard de 4,62 lits pour 1.000 personnes, un hôpital peut donc desservir de 50.000 à 100.000 habitants. sinon il faut envisager des solutions particulières, telles celles appliquées par le Dr SEVLEVER dans la province de Santa-Fé, en Argentine. *

Mais un des défauts les plus sérieux du système actuel, en ce qui concerne l'utilisation, vient de ce que, comme le révèlent les statistiques journalières, on peut dire en gros qu'un tiers des lits reste inoccupé. Dans cet ordre d'idées ce sont les hôpitaux privés qui rendent le moins de services, puisque chez eux l'utilisation ne dépasse pas la moitié de la capacité. (1)

(*) Le Dr SEVLEVER a réparti sur tout le territoire de la province de Santa-Fé un certain nombre d'infirmeries de 10 lits qui assurent les services des soins de première urgence, de médecine préventive, de diagnostic préliminaire et de traitement partiel. Ces infirmeries sont systématiquement disposées autour des centres hospitaliers suivant un plan planétaire, de façon que la distance entre l'infirmerie et l'habitation la plus éloignée soit parcourue à pied dans le même temps de 30 minutes que la distance parcourue en automobile de l'infirmerie au centre hospitalier. Les médecins, les produits pharmaceutiques, les analyses de laboratoires, les plaques de radio font la navette entre le Centre et l'Hôpital (et éventuellement entre le Centre et le foyer familial). En s'assurant ainsi le concours de petites annexes détachées, l'hôpital augmente son rayon d'action et accentue sa souplesse.

En Russie soviétique les hôpitaux de chirurgie et de médecine générale sont utilisés au plein de leur capacité; il en résulte que, bien que le nombre de lits d'hôpitaux sont en fait utilisés par la population russe, par comparaison avec la population américaine. « En 1937, en U.R.S.S., 1.000 habitants occupèrent 2,99 lits, tandis qu'aux Etats-Unis à la même époque, 1.000 habitants n'occupèrent que 2,72 lits... Dans les villes la solution la meilleure consiste à avoir dans chaque district de grands hôpitaux qui reçoivent les malades envoyés par un certain nombre de dispensaires ou centres de santé. A Moscou, la répartition des malades est faite par l'intermédiaire d'un bureau central toujours tenu strictement au courant de tous les lits actuellement disponibles dans tous les hôpitaux de la ville ». (12)

NOTE. — Il semble donc que la solution idéale serait de considérer l'hôpital comme un service complémentaire du Centre de Santé, plutôt que le contraire, et comme dépendant pour ses malades du Centre de Santé, avec un bureau central de répartition qui assurerait une distribution vraiment efficiente.

c) **Le Centre de Santé et le Concept national.**

Il peut être intéressant d'examiner de quelle façon le système des Centres de Santé pourrait affecter le programme national de la santé publique. *

Lorsqu'on examine les différents projets du planning de santé publique, on se rend compte que celui qui contient les vues les plus larges pour l'établissement d'un programme national, fondé sur des standards optima, est le plan d'Alarm David ADAMS, J.P., M.B., vice-président du Comité de la Santé publique de Newcastle-Upon-Tyne, qui a été publié sous le titre « L'Après-guerre et la réorganisation des services de santé publique. » (The Post-W Development of the Health Services.) Ce projet prévoit des services préventifs et curatifs, complets, distribués gratuitement à tous. A cet effet, il propose la coordination de tous les organismes et établissements médicaux, publics et privés, dans le cadre d'un programme national, unique, de la Santé publique.

Tous les docteurs et tout le personnel médical deviendraient des employés à plein-temps du service, et pourvus de contrats prévoyant des heures déterminées de loisirs, des stages de perfectionnement et d'études, et des retraites. Les recherches y seraient encouragées, et à cet effet toutes facilités désirables assurées et fournies. Le pays aurait à être subdivisé en unités hospitalières de dimensions appropriées. Dans les secteurs urbains l'importance de la subdivision optima correspond au chiffre de 100.000 habitants, qui permet un hôpital de 500 lits. Chaque unité hospitalière, Centres de santé, qui par suite correspondraient à une population d'environ 25.000 habitants. A son tour l'unité de Centre de Santé serait subdivisée en unités de soins à domicile, chacune d'elles desservant approximativement 2.000 personnes. Chacune de ces dernières unités serait desservie par un médecin de médecine générale qui ferait en même temps partie de l'état-major du Centre de Santé. Les spécialistes des Centres de Santé et de l'Hôpital seraient à la disposition des malades à domicile et viendraient en consultation toutes les fois qu'ils seraient demandés. Dans les secteurs à habitations dispersées, quelques lits de repos au Centre de Santé pourraient se justifier, mais en général, un service d'ambulances approprié devrait permettre de conduire suffisamment rapidement les malades de chez eux, ou du Centre de Santé, à l'hôpital. Dans les secteurs à forte densité de population, le contrôle des services d'ambulances devrait être centralisé.

M. Adams estime qu'un état sanitaire peu satisfaisant coûte environ, à l'heure actuelle à l'Angleterre 1.200.000.000 de dollars par an — soit 640.000.000 de dollars en gaspillage de production, et 560 millions de dollars en coût des soins médicaux — et que ce même chiffre pourrait assurer la mise en œuvre du système de médecine d'Etat efficient, tel qu'il le préconise.

La dépense envisagée se décomposerait ainsi :

Médecine à domicile et spécialistes	152
Hôpitaux	200
Hôpitaux psychiâtriques	48
Aides et équipements	40
Salaires annexes : Dentistes	28
— Infirmières	16
— Auxiliaires	20
Recherches	28
Administration (5 %)	28
TOTAL	560

L'organisation du Service National de Santé publique est, en Russie Soviétique, sensiblement la même (12). On note dans ce dernier pays la mise en pratique et la création d'une institution de première importance, qui est l'hôpital pour accidentés, où sont amenés tous les cas d'urgence d'une même ville. Ces hôpitaux étant pourvus d'un service spécial d'ambulance et ayant un personnel de soins divisé en équipes de spécialistes pour chaque type d'accidents, le nombre de vies sauvées et d'invalidités évitées est extraordinaire.

(*) Voir : « L'Organisation internationale des Cités hospitalisées », conférence faite par Paul Nelson au Congrès international d'Hygiène à Paris le 25 octobre 1933, éditée par le « Bulletin des Hôpitaux », à Lyon.

CONCLUSIONS.

1) Les soins médicaux et sanitaires satisfaisants, tant préventifs que curatifs, les plus utiles à la nation, ne peuvent être reçus, même sous leur forme la plus minime, par une proportion importante de la population — certainement le tiers, peut-être la moitié. Bien qu'on ignore encore sous quelle forme il sera porté remède à cette situation — extention des organismes publics, assurance facultative ou obligatoire, ou encore combinaison des deux systèmes — il est certain que des mesures seront prises dans un avenir proche, et que ces mesures exerceront une influence profonde sur le planning urbain, car elles impliqueront :
   a) un redistribution des organismes de santé publique et du personnel, basée sur les besoins;
   b) une réorganisation des services de santé publique et des méthodes de distribution, conformément aux principes d'économie et d'efficience;
   c) un rapport proportionnel entre la population, les surfaces et les centres de distribution de santé, non pas calculé d'après les limites administratives ou politiques, mais d'après les besoins des services, et pour en assurer le rendement le plus efficient.
2) La rationalisation entraînera l'intégration de tous les organismes urbains de santé publique en deux organes principaux : les Hôpitaux et les Centres de Santé. Les Centres de Santé assureront les soins préventifs aux bien portants d'une communauté, et les soins curatifs aux malades externes consultants. L'Hôpital recevra et soignera les malades alités qui lui seront envoyés par plusieurs Centres de Santé.
3) L'importance de la population de l'unité urbaine desservie par un Centre de Santé sera de préférence de 20.000 à 30.000 habitants, et les dimensions du secteur correspondant seront limitées par la distance maximum à parcourir à pied du Centre de Santé à l'habitation la plus éloignée — 800 mètres, et de préférence, 400 mètres seulement.
4) L'importance du secteur hospitalier dans une communauté urbaine devra de préférence correspondre à une population de 50.000 à 100.000 habitants, ce qui, au standard de 4 à 62 lits par 1.000 habitants, implique un hôpital de médecine générale et de chirurgie de 250 à 500 lits. Les dimensions du secteur correspondant sont limitées par les distances raisonnables de transport en voitures d'ambulance.
5) Chaque habitant d'une ville doit donc avoir à sa disposition un Centre de Santé qu'il lui soit facile d'atteindre à pied, et un Hôpital qui soit, par transport en voiture d'ambulance, à une distance raisonnable de son domicile.

PAUL NELSON.

BIBLIOGRAPHIE.

(1) Interdepartmental Committee to Coordinate Health and Welfare Activities (Federal Security Agency). **The Need for a National Health Program.** Report of the Technical Committee on Medical Care, 1938.

(2) National Resources Planning Board. **National Resources Development Report for 1943.** Part I, Post-War Plan & Program.

(3) Lee, Roder Irving, Jones L. W. & Jones Barbara. **Fundamentals of Good Medical Care.** University of Chicago Press, 1933. (Committee on the Cost of Medical Care, publication 22.)

(4) Bradbury, Samuel. **The Cost of Adequate Medical Care.** University of Chicago Medical Economics Series, 1937.

(5) Hollingsworth, Helen, & Kelm, Margaret G. **Medical Care and Costs in Relation to Family Income.** Division of Health and Disability Studies, Social Security Board Bureau of Research and Statistics. Memorandum 51. March, 1943.

(6) Fishbein, Morris. « American Medicine's Contribution to Post-War Medical Service ». AMA Journal, May 1, 1943.

(7) Children's Bureau (Labor Department). « Health and Medical Care for Children ». A report submitted to the White House Conference on Children in a Democracy, January 18-20, 1940. Preliminary Statements, p. 163-206.

(8) « Trends in Medical Education : a program for a new medical school ». Reprint from : **Bulletin of the History of Medicine.** February, 1941.

(9) **Architectural Record** Building Types Study 67, « Public Health Centers », July, 1942.

(10) Children's Bureau (Labor Department). **The Child-Health Conference.** Suggestions for Organization and Procedure. Bureau Publication 261, 1941.

(11) U.S. Public Health Service. **Hospital Facilities in the United States.** Part I : Selected Characteristics of Hospital Facilities in 1936, by Joseph W. Mountin, Elliott H. Pennell, & Evelyn Flook. Part. II : Trends in Hospital Development, 1926-1936, by Joseph W. Mountin, Elliott H. Pennell, & Kay Pearson. Public Health Bulletin 243, 1938.

(12) Sigerist, Henry Ernst. **Socialized Medicine in the Soviet Union.** Norton, 1937.

L'ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN ANGLETERRE

PAR ERNO GOLDFINGER

La Loi anglaise de 1946 sur la Santé publique, réalise une aspiration de longue date : **le service de santé gratuit.** Citons à ce sujet les mots prononcés par le Ministre britannique de la Santé publique, au cours d'un débat à la Chambre des Communes : « La première raison « pour laquelle un plan de Santé est nécessaire, est que des considé- « rations financières ne doivent pas empêcher le fonctionnement d'un « service de Santé; une personne doit pouvoir profiter d'une aide médi- « cale et hospitalière sans que cela entraîne pour elle de difficiles « problèmes d'argent. »

En 1938, seulement 17.800.000 personnes sur 44.790.425 en Grande-Bretagne, profitaient des Assurances Sociales, et étaient soignées par 17.164 médecins. La nouvelle Loi sur la Santé publique apportera à chaque homme, femme ou enfant en Grande-Bretagne et en Galles une totale aide médicale.

Quiconque ayant besoin de soins, riche ou pauvre, aura à sa disposition, gratuitement, docteurs, infirmières, spécialistes et hôpitaux de toutes sortes. Mais pour que ce projet entre en pratique, une réorganisation fondamentale du Service de Santé s'impose.

La Loi sur la Santé publique sera concrétisée par trois organes principaux : les hôpitaux, le corps des médecins, les organisations locales.

HOPITAUX.

Les hôpitaux anglais, comme nombre d'autres institutions, dans ce pays, ont été organisés d'une façon bénévole. En un temps où l'Etat et les autorités publiques n'accordaient aucun crédit aux organisations médicales, seule la charité privée finança les hôpitaux, les cliniques, etc., qui étaient administrés par des personnes ayant une réputation de haute moralité et de grande charité. Ces administrateurs n'étaient responsables devant qui que ce soit et nommaient eux-mêmes les membres de leurs Conseils. Mais ce système s'avéra bon, et quelques-unes des institutions les plus modernes furent réalisées.

Les hôpitaux où générations après générations des médecins furent formés, et où des membres éminents de la profession enseignèrent, furent tous des établissements bénévoles.

Lorsque les services médicaux se compliquèrent, les soins devinrent plus coûteux, et à ce moment les hôpitaux financés par la charité furent dans l'obligation de faire appel à l'aide de l'Etat, tout en conservant leurs Conseils d'administration privés. Aujourd'hui, la charité privée ne fournit plus qu'une infime partie des fonds nécessaires au fonctionnement des hôpitaux.

Pour mettre fin à ce système malgré tout imparfait, le Gouvernement projette de prendre à sa charge l'organisation hospitalière toute entière, municipale ou bénévole.

La base de toute organisation sanitaire est avant l'action « isolée » du praticien. La Loi prévoit une réorganisation complète du statut de cette profession. Les conditions d'exercice de la profession médicale seront déterminées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des Centres de Santé, par les Conseils dont la moitié des membres représenteront la profession médicale.

A l'heure actuelle, la répartition des médecins à travers le pays est très inégale et due la plupart du temps au hasard. Dans les contrées riches, principalement dans le Sud, il y a surabondance de médecins, tandis que dans les régions industrielles ou minières surpeuplées, ou dans les campagnes très pauvres, le nombre est trop faible par rapport à celui des habitants.

Cet état de choses doit prendre fin. Les praticiens seront appelés à faire partie d'un « cabinet de groupe ». Ces cabinets devront fonctionner dans des Centres de Santé établis, équipés et pourvus du personnel nécessaire par les Municipalités. De telle façon que l'acquisition d'un équipement moderne ne grèvera plus le budget du praticien. Ainsi, libéré de soucis financiers et matériels, ce dernier pourra désormais se consacrer entièrement à sa vocation.

Les autorités locales seront responsables de la construction et de l'entretien des Centres de Santé; elles devront en outre établir divers services de médecine sociale, des visites à domicile, des équipes de sages-femmes et d'infirmières, prévoir des ambulances, fournir une aide domestique aux personnes qui en auraient besoin pour des raisons de santé, et assurer des soins aux malades mentaux.

PATIENTS.

Le patient sera libre de choisir son médecin, de se faire soigner chez celui-ci ou à son propre domicile, ou de se rendre dans un hôpital ou une clinique.

ADMINISTRATION.

Le Ministre de la Santé sera responsable devant le Parlement de l'exécution des dispositions de la présente Loi. L'organisation et l'administration des divers services sanitaires incomberont aux divers organismes, conseils et comités créés à cet effet.

Un Comité Central composé d'experts renseignera le Ministre de la Santé Publique.

Le Conseil des Médecins contrôlera l'exercice de la profession et veillera à la bonne répartition des praticiens.

Les Comités régionaux seront chargés de la création et de l'administration des hôpitaux et des services spéciaux.

Chaque hôpital enseignant aura à sa tête un Conseil d'administration.

FINANCES.

Toute personne pourra bénéficier gratuitement des services médicaux et sera admise immédiatement, sur sa demande, dans n'importe quel établissement hospitalier.

Le plan national de la Santé sera financé par les Assurances sociales, les taxes locales, et les impôts.

Les frais d'entretien des services de Santé locaux seront couverts simultanément par l'Etat et par les autorités locales.

Telles sont, rapidement esquissées, les principales dispositions de la Loi sur l'organisation de la Santé publique. Un certain nombre de problèmes d'ordre architectural et urbain restent à résoudre. Parmi ces derniers, l'organisation et l'emplacement des futurs centres de Santé occupe une place prépondérante.

Le Centre de Santé, destiné à fournir aux docteurs, dentistes et opticiens des cadres appropriés pour l'exercice de leur fonction, un équipement et un personnel infirmier convenable est appelé à mettre les meilleurs moyens à leur disposition pour qu'ils puissent satisfaire les besoins de leur clientèle.

Deux données contradictoires doivent également être conciliées :

1) pour l'efficacité et la bonne administration du Centre de Santé, celui-ci doit avoir d'assez grandes dimensions, et par conséquent, ne peut toujours être situé en plein centre urbain;

2) il est pourtant nécessaire que le Centre de Santé ne soit pas trop éloigné du domicile du patient.

On estime qu'un praticien peut soigner approximativement 2.000 personnes, le nombre des médecins varie ainsi d'une circonscription à l'autre.

Dans les agglomérations urbaines, on estime qu'un Centre de Santé est susceptible de desservir une population d'environ 20.000 habitants et qu'un occuliste et six dentistes sont suffisants pour cette population.

Un service de jour et un service de nuit peuvent être maintenus dans des centres de cette importance, les docteurs assurant un service de nuit à tour de rôle.

Le Centre de Santé comprendra, à côté de l'administration, une pharmacie, des organisations pour la protection de la mère et de l'enfant et des services d'immunisation. Attachés à ce centre, on trouvera également des infirmières, des médecins-visiteurs, etc., qui donneront soins, conseils et aide à l'extérieur.

Il est évident qu'un programme concernant l'emplacement du centre sur la base de considérations urbaines devra être élaboré.

Nous présenterons, dans la partie consacrée au Centre de Santé, le projet pour un établissement appelé à desservir une circonscription de 20.000 habitants.

ERNO GOLDFINGER.

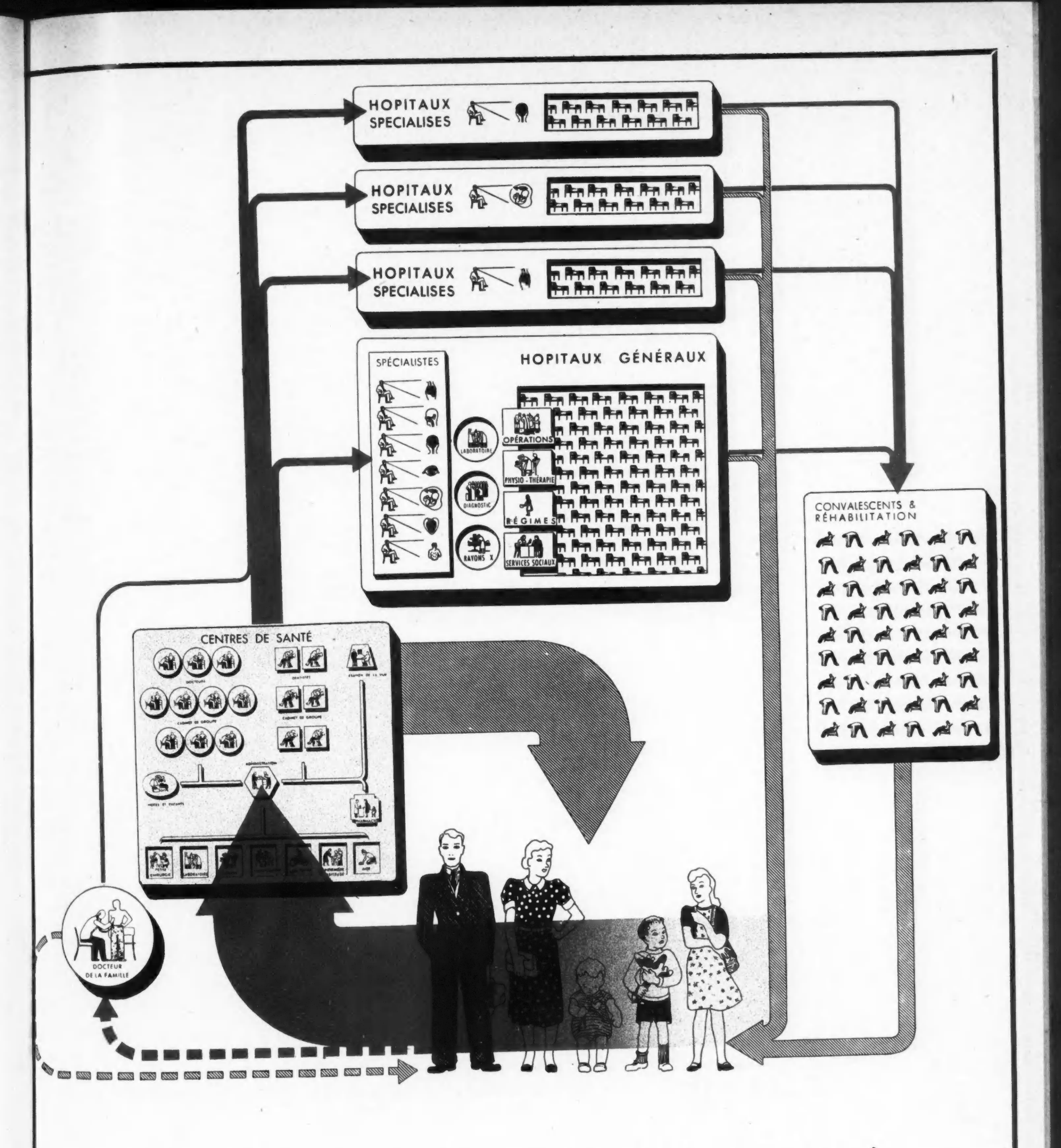


SCHÉMA DU PLAN DE SANTÉ ANGLAIS

PLAN DE SANTÉ EN U. R. S. S.

Il est impossible de comprendre le gigantesque plan de Défense de la Santé publique en Union soviétique si l'on ignore l'article 120 de la Constitution stalinienne, dont l'U.R.S.S. vient de célébrer le dixième anniversaire.

« Les citoyens ont le droit d'être armés matériellement dans leur « vieillesse, ainsi qu'en cas de maladie et de perte de leur capacité « de travail.

« Ce droit est garanti par un vaste développement de l'assurance « sociale des ouvriers et des employés aux frais de l'Etat, par le secours « médical gratuit pour les travailleurs, par la mise à la disposition des « travailleurs d'un vaste réseau de stations de cure. »

Il ne s'agissait donc plus, comme dans la plupart des pays, d'assurer des soins éclairés aux malades de toutes catégories, mais encore de créer dans ce pays immense, dont la densité de population est parfois très faible, un réseau sanitaire de dépistage, de prophylaxie et la prévention des maladies.

Il existait environ 18.000 médecins en Russie tsariste, ce qui représentait 1 médecin pour 12.000 habitants environ dans les agglomérations, et 1 médecin pour 40.000 dans les campagnes. L'Union soviétique a maintenant près de 150.000 médecins...

Aux 13 Facultés de médecine du régime tsariste s'opposent les 72 Facultés qui enseignent dans chaque République dans la langue maternelle des étudiants. Le nombre de lits d'hôpitaux est passé de 147.000 en 1913, à plus de 700.000 en 1941 et doit atteindre 985.000 en 1950.

Même accroissement en ce qui concerne les dispensaires et les polycliniques, dont le chiffre de 11.230 en 1913 s'est élevé à 13.400 en 1941.

Ces quelques chiffres, dont nous nous excusons, sont destinés à montrer aux architectes qui nous liront l'œuvre énorme accomplie en Union soviétique et celle qui reste encore à accomplir.

Nous avons visité de nombreux Hôpitaux, des Facultés et ces Instituts si particuliers qui unissent dans un même bâtiment : la recherche scientifique, l'enseignement et la clinique (hospitalisation et consultation).

Partout il faut créer des hôpitaux. Nous avons visité des hôpitaux kolkhosiens où étaient utilisés, de façon très rationnelle, des isbas. Il faut reconstruire des sanatorias et des maisons de cures détruites par les nazis, en particulier en Crimée et dans tout le Sud de l'Union soviétique.

La guerre, par ses destructions et l'industrialisation des grands centres a entraîné des migrations de population; il y a surpopulation dans les grandes villes de l'U.R.S.S. Le Ministère de la Santé, qui possède un budget considérable (12 milliards de roubles en 1946), est obligé d'utiliser actuellement des immeubles qui n'étaient pas tous destinés à devenir des instituts, des hôpitaux ou des polycliniques, mais déjà on voit apparaître d'immenses bâtiments spécialisés (à Moscou l'Institut du Cancer et l'Institut de Balnéologie, par exemple).

On crée des crèches et des jardins d'enfants : 1.250.000 lits sont prévus pour 1950. Il en existe déjà 852.000 dans les villes. Les crèches saisonnières permettant aux mères, dans les campagnes, de se livrer aux travaux des champs, disposent de 3.000.000 de lits.

L'aviation sanitaire, qui permet d'apporter les soins médicaux dans les localités les plus reculées, les plus mal desservies, se développe rapidement. Près de 500 avions sanitaires sont actuellement en service.

Le secours d'urgence existe dans toutes les grandes villes. C'est un standard téléphonique, desservi par un personnel médical et disposant dans toute la ville d'ambulances et d'un personnel tels que deux ou trois minutes après la demande on peut être assuré du départ d'une voiture.

Des hôpitaux spécialisés en traumatologie et en chirurgie d'urgence existent dans toutes les grandes villes.

On voit, d'après ces notes trop rapides, que ce plan gigantesque a reçu plus qu'un commencement d'exécution. On peut dire qu'il est réalisé et largement financé. Pour n'en citer qu'un poste, le plan quinquennal prévoit pour 1950 le versement par les seules entreprises d'une somme de 61 milliards de roubles aux Assurances sociales. Nous n'avons pas vu, dans le domaine architectural, des solutions réellement nouvelles, mais partout on cherche à donner aux malades le maximum de confort. Ainsi veut-on faire disparaître les salles immenses et les dortoirs. Les hôpitaux en voie de construction ne pourront avoir des chambres de plus de 6 lits.

Si dans les maternités, les jeunes mères ne peuvent recevoir de visites pour éviter toute contagion, elles ont toutes, par contre, le téléphone à la tête de leur lit. De nombreux hôpitaux possèdent également la T.S.F. avec des postes individuels.

Pour les architectes il sera particulièrement intéressant de connaître deux réalisations peu connues chez nous.

La première est la polyclinique. Il existe des polycliniques de quartier et des polycliniques d'entreprises. Ce sont de grands bâtiments destinés à la protection de la santé de 30 à 50.000 habitants. Ils possèdent des cabinets médicaux de toutes spécialités, des laboratoires, des salles de physiothérapie, de balnéation, des plages artificielles, des salles d'opération, des salles de rééducation. Ce sont des centres de dépistage et de soins. Un immense fichier central permet de classer les observations : véritables carnets de santé de tous les habitants d'un quartier, de tous les travailleurs d'une usine.

Une autre réalisation est la maison de repos. Construite près d'une entreprise importante, c'est une maison destinée à assurer le repos de jour et de nuit à des travailleurs qui désirent continuer à assurer leur service, malgré une lésion ou un état organique déficient. On y trouve des chambres privées, des salles de jeux, des bibliothèques, une cuisine spéciale avec des menus surveillés par les médecins de l'entreprise, et il n'est pas rare d'y voir des ouvriers, des ingénieurs qui peuvent, grâce à ces soins, à ce repos près de leur usine, dont la santé s'améliore, dont les salaires augmentent alors que, sans cette organisation, ils auraient dû prendre de longs mois de repos.

Nous ne dirons jamais assez l'importance que l'on accorde en U.R.S.S. au problème de l'enfance. Depuis le métro où la moitié de la première voiture de chaque rame est entièrement réservée aux mères et aux enfants, jusqu'aux crèches et aux jardins d'enfants, tout est fait pour créer de la santé et de la joie.

Nous nous excusons de ce rapide tour d'horizon qui n'apprendra rien aux architectes, mais qui leur montrera le champ magnifique qui s'ouvrirait à eux, si le plan de Sécurité sociale pouvait se développer en France comme nous en exprimons l'espoir.

Docteur Jean DALSACE.

L'ORGANISATION HOSPITALIERE EN IRAN

La réorganisation hospitalière de 1940, utilisant toutes les possibilités humaines et matérielles existantes dans le pays, s'inspirant en outre des vastes expériences étrangères, vise le double but de couvrir le pays d'un réseau sanitaire aussi serré que possible et de former rapidement un nombreux personnel compétent.

L'auteur de cette réorganisation, notre compatriote le professeur C. Oberling, doyen de la Faculté de Médecine, fera ultérieurement un exposé complet de son œuvre, il m'a obligeamment communiqué les intéressants renseignements suivants :

RESEAUX MEDICAUX.

Le pays est divisé en sept secteurs intérieurs, correspondant à sept villes capitales (Téhéran est l'une d'elles) et en trois zones frontières dites quarantenaires (les aérodromes formeront secteurs supplémentaires) :

a) Les secteurs intérieurs sont conçus ainsi :

1) pour 5 à 10 villages un poste rural tenu par un officier de santé n'ayant le droit de pratiquer que dans ces postes (premier examen, maladies courantes, petites interventions, accouchements, vaccinations);

2) les postes de ruraux (250 environ) sont du ressort des centres de districts, ayant à leur tête un médecin et profitant d'une clinique prophylactique;

3) les centres de districts relèvent des centres régionaux hospitaliers (villes de 15 à 25.000 habitants), munis d'hôpitaux spécialisés;

4) les centres provinciaux possèdent une direction d'hygiène provinciale et de prophylaxie, des laboratoires. En outre, dans les limites de leur zone urbaine, ces villes possèdent des centres régionaux urbains (organisation hospitalière) et des centres de district urbain (consultations, polycliniques);

5) les centres provinciaux sont sous la direction de la Faculté de Médecine de Téhéran.

b) Les secteurs quarantenaires, destinés à la sauvegarde sanitaire des régions frontières sont hiérarchisés d'après les mêmes principes.

CADRES MEDICAUX ET ENSEIGNEMENT.

La nécessité de créer un nombre important de praticiens ruraux — il y a 30.000 villages sans médecin — et le peu d'empressement des jeunes médecins diplômés à vivre dans des endroits ingrats, a conduit à la fondation d'écoles de médecins pour officier de santé.

Ces écoles, dont l'une fonctionne à Méched depuis 1940 en donnant d'excellents résultats, seront installées dans les capitales de province et formeront 200 praticiens par an.

L'enseignement, surtout clinique et pratique, y est donné en quatre ans. Au bout de huit ans d'exercice, les officiers de santé pourront être admis en quatrième année de la Faculté de Médecine.

Ce dernier établissement forme actuellement une centaine de médecins par an; ce nombre est en augmentation constante et bientôt les promotions seront de 200 diplômés.

Le même effort a été réalisé pour la pharmacie; l'Ecole de Pharmacie comporte un service de production préparant les médicaments pour les hôpitaux et consultations de Téhéran, ce qui permet aux élèves stagiaires de s'initier aux méthodes semi-industrielles.

A. SIROUX.

LA SANTÉ PUBLIQUE EN TCHÉCOSLOVAQUIE

GRANDES LIGNES D'UN NOUVEAU PLAN

L'insuffisance aiguë des institutions de la Santé publique en Tchécoslovaquie, a conduit le gouvernement de ce pays à prévoir un vaste programme de réorganisation de l'équipement sanitaire national.

Ce réseau médical unifié dans sa structure et basé sur les principes les plus modernes, devra assurer à la totalité de la population l'usage des services complets d'hygiène préventive, de consultation et d'hospitalisation.

La coordination des efforts entrepris par les organismes locaux des trois provinces de Bohême, Moravie et Slovaquie, fera l'objet d'une décision qui les intégrera dans la réforme générale.

Dès l'été 1945, le Conseil d'Etat de Bohême ayant déterminé les grandes lignes de la nouvelle politique sanitaire et sociale, a chargé une commission composée d'architectes et d'hommes de science d'établir les détails d'un programme de reconstruction et de modernisation. L'étude approfondie entreprise par cette commission de spécialistes s'est basée sur des renseignements obtenus par des questionnaires très détaillés, faisant état des institutions existantes, de leurs possibilités d'adaptation, et des besoins de chaque unité géographique en constructions nouvelles. En effet, bien que les statistiques précises de la situation démographique actuelle manquent encore, on estime la population de la province de Bohême à 5.000.000 d'habitants environ, dont 800.000 dans la capitale, Prague. Le nombre total des lits d'hôpital en 1944 sur ce même territoire, Prague exceptée, s'élevait à 24.300, soit 5,8 lits par 1.000 habitants : chiffre bien au-dessous de la moyenne internationale de 8-10 lits par 1.000 habitants. Il s'ensuit donc pour la Bohême un déficit d'environ 20.000 lits, qui doit être comblé soit par des constructions nouvelles, soit par des agrandissements et modernisations des bâtiments existants.

La nouvelle organisation sanitaire s'appuie sur un réseau de « Maisons de la Santé » à différents échelons, dont le premier est représenté par le DISPENSAIRE COMMUNAL.

1° LE DISPENSAIRE COMMUNAL.

Prévu pour desservir une circonscription d'environ 2-4.000 habitants, ce dispensaire doit assumer la tâche du « médecin de famille » traditionnel en contact personnel avec tous les habitants de la commune. Toutefois, ce médecin de famille moderne doit pouvoir disposer du personnel auxiliaire et de l'aide technique indispensables pour l'accomplissement rationnel de ses fonctions multiples, à savoir :

a) Soins préventifs et curatifs pour les habitants, faisant ou non partie des caisses d'assurances sociales, consultations, soins à domicile;

b) Fichier complet de toutes les personnes soignées ou examinées, formant une sorte de cadastre de santé pour la commune;

c) Service de santé, d'hygiène, d'épidémiologie et de statistique dérivant de l'activité du médecin communal.

Le personnel d'un tel dispensaire doit se composer de :

1 praticien (médecine générale), ou le cas échéant 2 praticiens, ou 1 praticien et 1 assistant; 1 infirmière; 1 sage-femme; 1 désinfecteur-chauffeur; 1-2 employés de bureau, ainsi que, à titre facultatif, 1 assistante sociale; 1 dentiste ou technicien travaillant sous la surveillance du médecin avec l'aide d'une assistante, disposant d'un laboratoire dentaire.

Un seul bâtiment doit grouper les locaux nécessaires : une salle d'attente, un, deux ou trois cabinets de consultation, un cabinet de radiologie, un laboratoire auxiliaire, deux ou trois bureaux, un local de récréation, et, le cas échéant, une clinique dentaire.

Il est souhaitable qu'une pharmacie se trouve dans le même bâtiment, ou à proximité de celui-ci. La question du logement du personnel dans le dispensaire même reste ouverte. Elle a des avantages, mais aussi des inconvénients.

Le nombre de DISPENSAIRES COMMUNAUX dans une région, leur importance et leur équipement seront déterminés par la densité de la population, le caractère géographique, la structure économique et les moyens de communication.

2° LE DISPENSAIRE REGIONAL.

Deuxième échelon de l'organisation nouvelle, cette « Maison de la Santé » régionale est appelée à devenir le noyau du service sanitaire et social d'une unité géographique plus importante. Semblable aux dispensaires des Caisses d'Assurances sociales existants, elle a néanmoins une mission plus vaste à accomplir; ses fonctions peuvent être résumées ainsi :

a) Services de diagnostic et de thérapie spécialisés : maladies internes, chirurgie, gynécologie, pédiatrie. A compléter ensuite, le cas échéant, par des sections d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie et de dermatologie;

b) Soins dentaires, notamment pour les centres urbains et leurs environs, doublé d'un service ambulant de consultations pour la totalité de la région;

c) Service de médecins-praticiens fonctionnant de façon analogue à celle des dispensaires communaux (soins à domicile, fichier, statistiques, etc.);

d) Consultations préventives, notamment : lutte contre la tuberculose, consultations pré et postnatales, pédiatriques, etc. pour les centres urbains et leurs environs, parallèlement avec une extension de ces services pour la totalité de la région.

Egalement rattachés à la « Maison de la Santé » régionale : services médicaux des Caisses d'Assurances sociales, hygiène du travail, inspection artisanale, etc.

A la tête de cet organisme sera placé un médecin-chef dépendant de l'administration responsable (Assurances sociales ou services de la Santé publique), secondé par un personnel qualifié en nombre suffisant.

Au point de vue architectural, ce dispensaire doit former une unité compacte afin de permettre le meilleur rendement et le meilleur fonctionnement possibles.

Le rôle de la « Maison de la Santé » régionale est donc avant tout d'assurer un service consultatif spécialisé, de diriger et coordonner tout le système de service social et sanitaire de la région, sans toutefois empiéter sur les fonctions que peut assumer dans son cadre restreint le dispensaire communal.

L'idée d'une organisation sanitaire centralisée et unifiée exige une collaboration étroite entre les dispensaires et les institutions hospitalières. Le premier échelon de ce système sera formé par l'hôpital régional (« hôpital-type II ») comprenant de 125 à 350 lits, selon l'importance de la région à desservir, et se composant de 4 sections spécialisées : interne, chirurgie, gynécologie-maternité et pédiatrie.

Dans des localités qui ne possèdent pas d'hôpital, ou qui disposent d'installations vétustes et insuffisantes, il sera nécessaire de construire des hôpitaux en contact très étroit avec le dispensaire local, afin de permettre une utilisation commune de certaines installations techniques telles que cabinets de radiologie, laboratoires, équipement de physicothérapie, etc. Ailleurs, les hôpitaux existants pourront être aménagés et réorganisés de manière à rendre possible une collaboration fructueuse avec le dispensaire.

L'organisation sanitaire ainsi envisagée doit assurer à la population de chaque région un service préventif et curatif complet, tout en laissant à certaines localités plus importantes la liberté de développer davantage la spécialisation de ces services.

Cependant, au point de vue de l'hygiène moderne comme au point de vue des activités du personnel médical et d'une utilisation économique et rationnelle des installations, la « région » est une unité territoriale trop restreinte. La nécessité de mettre les bienfaits de la science médicale actuelle à la portée de toute la population conduit logiquement à l'aménagement d'une surface territoriale plus vaste, composée de plusieurs régions qui formeraient, par leur caractère, une unité géographique, économique, culturelle. L'organisation sanitaire d'une telle unité sera assurée par la MAISON DE LA SANTE PUBLIQUE.

La MAISON DEPARTEMENTALE remplira les fonctions suivantes :

a) en plus des services habituels du dispensaire régional elle assurera la permanence de sections spécialisées n'existant pas dans les dispensaires régionaux : neurologie, psychiatrie, orthopédie, urologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, maladies de la peau, maladies vénériennes, etc., des consultations pour les maladies internes, la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie, la stomatologie, ainsi qu'une clinique dentaire ambulante;

c) direction centrale du service préventif pour la totalité de l'unité géographique cardiologie, endocrinologie, orthopédie, services eugéniques, cancerologiques, etc.), qu'une section spéciale chargée de l'éducation sanitaire de la population.

Au centre de cette organisation sanitaire d'un département se trouvera l'HOPITAL DEPARTEMENTAL (hôpital du type I) avec 1.200-1.500 lits, comprenant toutes les sections spécialisées de la science médicale moderne. Une très étroite collaboration entre cet hôpital et le dispensaire départemental est indispensable.

L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE SUEDOISE

EXTRAITS D'UN RAPPORT REDIGE PAR LE MINISTERE SUEDOIS DE LA SANTE

ADMINISTRATION

En Suède, la haute direction et la gestion pratique de la presque totalité des hôpitaux d'une certaine importance sont du ressort de l'autorité publique. Il n'y a, d'ailleurs, qu'un petit nombre d'hôpitaux privés, situés principalement dans les grandes villes.

Il est également intéressant de remarquer que les apports de l'Etat dans le domaine hospitalier sont relativement moins importants que ceux des Conseils généraux ou des Conseils municipaux.

L'Etat a pris à sa charge le traitement des maladies mentales et nerveuses, la direction de certains hôpitaux d'enseignement et de quelques établissements curatifs indépendants.

Les Conseils généraux et les Conseils municipaux administrent les hôpitaux pour maladies organiques et chroniques, les maternités, les hôpitaux pour enfants, les sanatoria pour tuberculeux et les asiles de vieillards.

Quant aux organisations privées, elles s'occupent d'établissements pour infirmes, de sanatoria de bord de la mer, et de certaines maisons de santé pour aliénés et déficients mentaux. Mais les frais des soins sont, en général, couverts par l'Etat.

Actuellement ces organisations possèdent environ une centaine d'hôpitaux. Toutefois, dans chaque circonscription, il y a au moins un hôpital « central » (ainsi nommé pour le distinguer des hôpitaux que l'on appelle « normaux »), divisé en plusieurs sections spécialisées : chirurgie, ophtalmologie, laryngologie, radiographie, gynécologie, pédiâtrie.

FRAIS

La personne admise dans un hôpital paye des frais d'hospitalisation d'après les barèmes établis, et jusqu'à concurrence de la somme fixée par l'autorité qui a la gestion de l'hôpital.

Les frais de séjour sont différents pour les salles communes, les chambres demi-privées et les chambres privées. Pour les malades domiciliés dans le département, ils sont en outre sensiblement plus bas que pour les malades domiciliés hors du département, et sont ordinairement réduits, après trente jours de traitement. Le traitement des maladies vénériennes est toutefois gratuit.

HOPITAUX POUR MALADIES ORGANIQUES

Les dispensaires, dans le sens propre du mot, n'existent que dans les hôpitaux enseignants et dans quelques hôpitaux des grandes villes. Cependant, certains hôpitaux possèdent des services de consultations privées données par des médecins qui en fixent le prix d'après la nature et l'étendue de l'examen et des soins.

Les établissements d'accouchement sont répartis soit dans les hôpitaux, soit dans des établissements indépendants ou des maternités. Ces établissements reçoivent des subventions de l'Etat pour leur construction et leur fonctionnement, ce qui leur permet de fixer à un prix très peu élevé les soins donnés à la mère et à l'enfant pendant les dix premiers jours de l'hospitalisation. Actuellement, le nombre de lits dans ces établissements s'élève à environ 3.100.

En plus des Services infantiles que l'on trouve ordinairement dans les hôpitaux, il existe en Suède des établissements indépendants pour enfants malades, dont le nombre de lits s'élève actuellement à plus de 1.300.

Les maisons de convalescence, destinées à donner aux malades en voie de guérison, traitement et repos, ont généralement un caractère privé, à l'exception d'un petit nombre dont la subvention est assurée par les Conseils généraux ou municipaux.

Le traitement des maladies chroniques a pris un grand développement, grâce à l'institution d'établissements spéciaux, subventionnés par l'Etat, mais dont la gestion est confiée aux Conseils généraux, aux Conseils municipaux ou à des personnes privées.

Les établissements pour tuberculeux (comprenant environ 10.000 lits), sont généralement subventionnés par l'Etat. Il en existe un ou plusieurs par circonscription sanitaire.

Les hôpitaux pour maladies contagieuses sont destinés au traitement de certaines maladies spécifiées par la loi sur les épidémies. Les soins donnés dans ces hôpitaux sont gratuits pour les personnes ayant contracté une de ces maladies dans la circonscription sanitaire dont elle dépend.

Des établissements pour le traitement des maladies cancéreuses par les rayons X ont été fondés dans plusieurs grandes villes. L'Etat rembourse le voyage d'aller et retour des personnes indigentes ou peu fortunées traitées dans ces établissements.

Il existe dans certaines villes importantes des sortes d'asiles pour infirmes comprenant une section hospitalière, un dispensaire, un atelier de bandages, une maison scolaire et des écoles professionnelles.

Soins donnés dans le dispensaire : bandages et appareils de prothèse sont presque gratuits pour les indigents et les élèves des écoles professionnelles. Le voyage aller et retour des personnes infirmes se rendant dans ces établissements leur est remboursé. Des hôpitaux pour le traitement des affections rhumatismales et nerveuses ont été organisés par la direction des Pensions, souvent en collaboration avec d'autres administrations médicales. Les soins y sont en partie gratuits.
En outre, Stockholm et Göteberg possèdent des établissements pour le traitement des maladies vénériennes et d'autres pour celui des enfants hérédo-syphilitiques.

HOPITAUX POUR MALADIES NERVEUSES

Tandis que le traitement des maladies organiques, comme il a été dit plus haut, incombe en grande partie aux villes et aux communes, celui des maladies mentales est presque entièrement assuré par l'Etat.

Il existe actuellement 23 asiles d'aliénés, possédant plus de 18.000 places. Signalons également que des sections pour malades mentaux ont été créées dans les asiles communaux de vieillards. En outre, on projette d'organiser dans chaque circonscription sanitaire une section de psychiâtrie par hôpital. Certaines villes possèdent des établissements pour aliénés de traitement facile. Il y a également un certain nombre de maisons de nature privée. Enfin, des soins leur sont donnés sur une assez grande échelle dans des familles.

Les déficients mentaux et les épileptiques sont également admis dans les asiles d'aliénés. L'Etat possède en outre trois établissements pour déficients mentaux, dont un pour aveugles, et un hôpital pour épileptiques. Toutes les villes ont des établissements pour enfants déficients mentaux éducables et pour épileptiques, ces derniers étant souvent sous la gestion d'associations ou de particuliers. Ils reçoivent tous une subvention de l'Etat.

Le nombre total de places dans les hôpitaux pour maladies organiques s'élève à environ 54.000 et celui pour les maladies mentales à environ 28.000.

SITUATION NOUVELLE

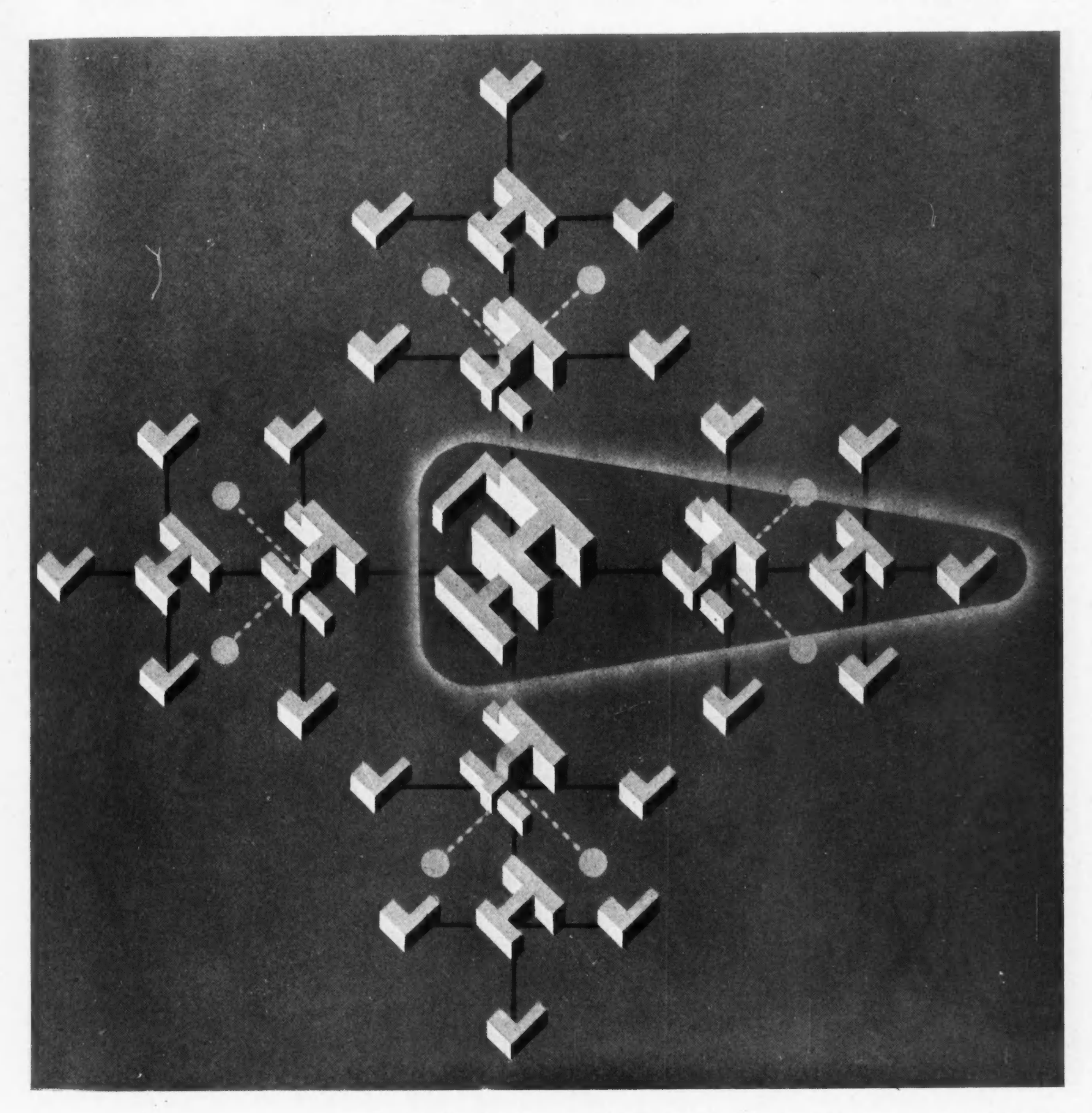
Les services hospitaliers suédois se trouvent à l'heure actuelle dans une période de puissante extension. On a dressé des plans pour augmenter de 50 p. 100 le nombre de places dans les hôpitaux pour maladies organiques. On remarque également un grand mouvement de réforme tendant à accroître et à intensifier l'œuvre hospitalière pour les malades mentaux.

En 1946, il a été décidé, en rapport avec la résolution de principe relative à l'adoption d'assurances sociales obligatoires à partir de 1950, que les particuliers recevraient gratuitement des soins dans les hôpitaux. L'Etat se chargera de subventionner les hôpitaux en conséquence.

La pénurie de personnel féminin se faisant de plus en plus lourdement sentir du fait de la généralisation de l'hospitalisation des maladies chroniques, un Comité a été créé dans le but d'étudier la rationalisation des services hospitaliers.

De même, la question de la répartition des frais entre l'Etat, les Conseils généraux et les Communes est actuellement l'objet d'un nouvel examen. Des réformes radicales sont projetées, afin de rendre le système hospitalier suédois de plus en plus apte à remplir ses fonctions et à faire face à ses besoins.

LES BATIMENTS TYPES



SCHEMA DU PLAN DE COORDINATION DES SERVICES DE SANTE DES ETATS-UNIS

PRESENTATION

Dans ce chapitre nous présentons les principaux types de bâtiment des Services de Santé publique : le CENTRE DE SANTE, l'HOPITAL GENERAL, l'HOPITAL ENSEIGNANT, les HOPITAUX SPECIALISES et les ECOLES D'INFIRMIERES.

Nous espérons que les exemples présentés permettant au lecteur de dégager les principes d'organisation applicables actuellement en matière de construction hospitalière; l'aménagement en détail de divers services, ainsi que les questions relatives à la construction et à l'équipement de l'hôpital, seront traitées dans la deuxième partie du volume consacrée aux **unités d'espace-types.**

A. S.

LE CENTRE DE SANTÉ

LE ROLE DU CENTRE DE SANTÉ DANS LE PLAN ANGLAIS

Le Centre de Santé est appelé à jouer un rôle de premier plan dans le programme de réorganisation de la Santé publique. Selon la loi sur l'organisation de la Santé publique il doit devenir un centre de médecine préventive et de médecine curative à la fois. En effet, la loi précitée encourage le groupement des praticiens au sein du centre où les médecins pourront dispenser leurs soins aux particuliers tout en ayant à leur disposition un outillage technique perfectionné. La constitution des « Cabinets de groupe » au sein du Centre de Santé élargit considérablement la sphère d'activité de cette institution. Cette dernière devient en fait le foyer sanitaire de la communauté qu'elle est appelée à desservir.

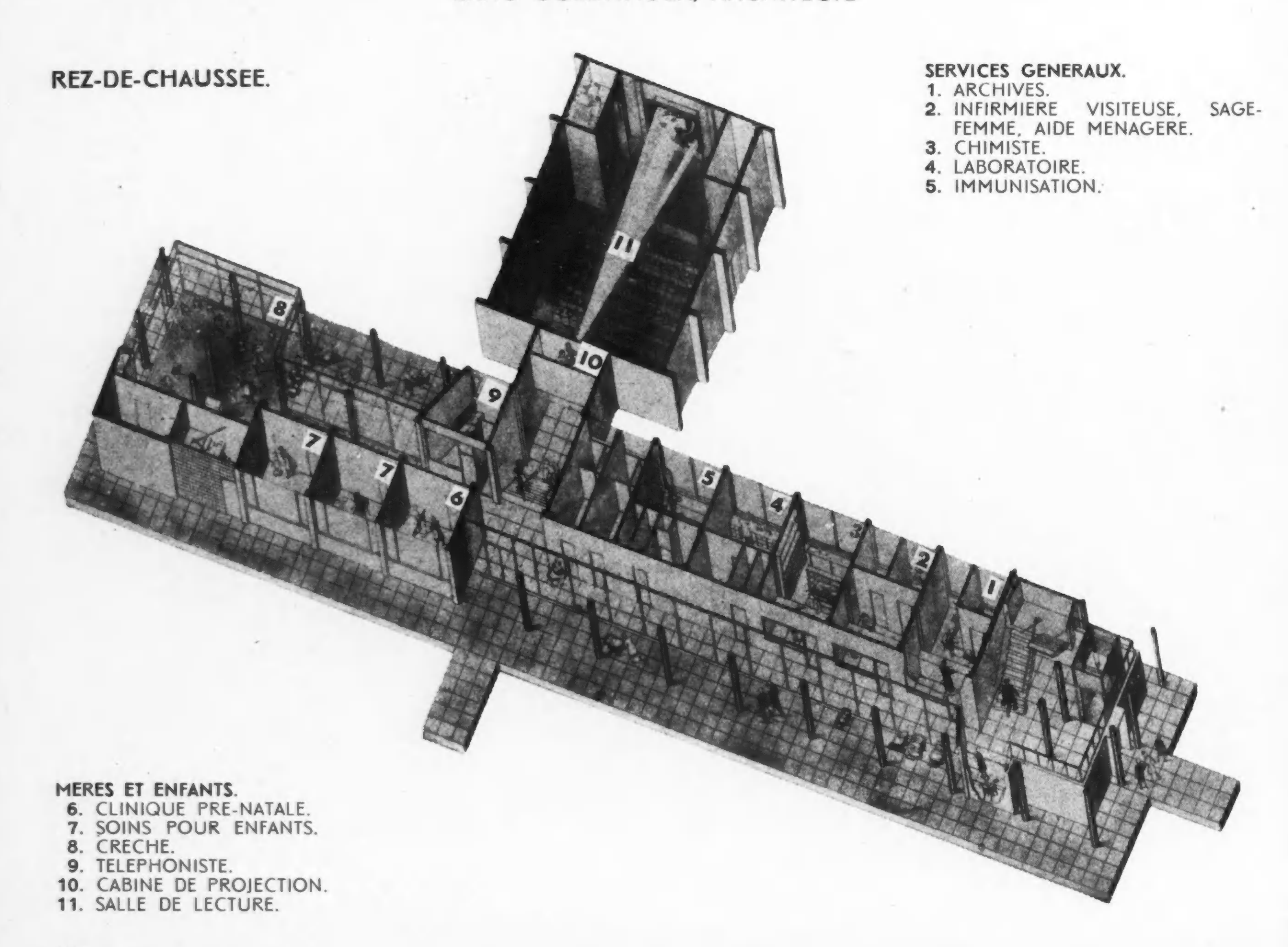
Le Centre de Santé que nous présentons plus bas est prévu pour une communauté urbaine de 20.000 habitants.

Comprenant un grand nombre de services, ce projet peut servir d'exemple sur la façon d'effectuer la concentration des diverses fonctions de médecine sociale dans un bâtiment « type ».

PROPOSITION POUR UN CENTRE DE SANTÉ APPELÉ A DESSERVIR UNE AGGLOMÉRATION URBAINE DE 20.000 HABITANTS

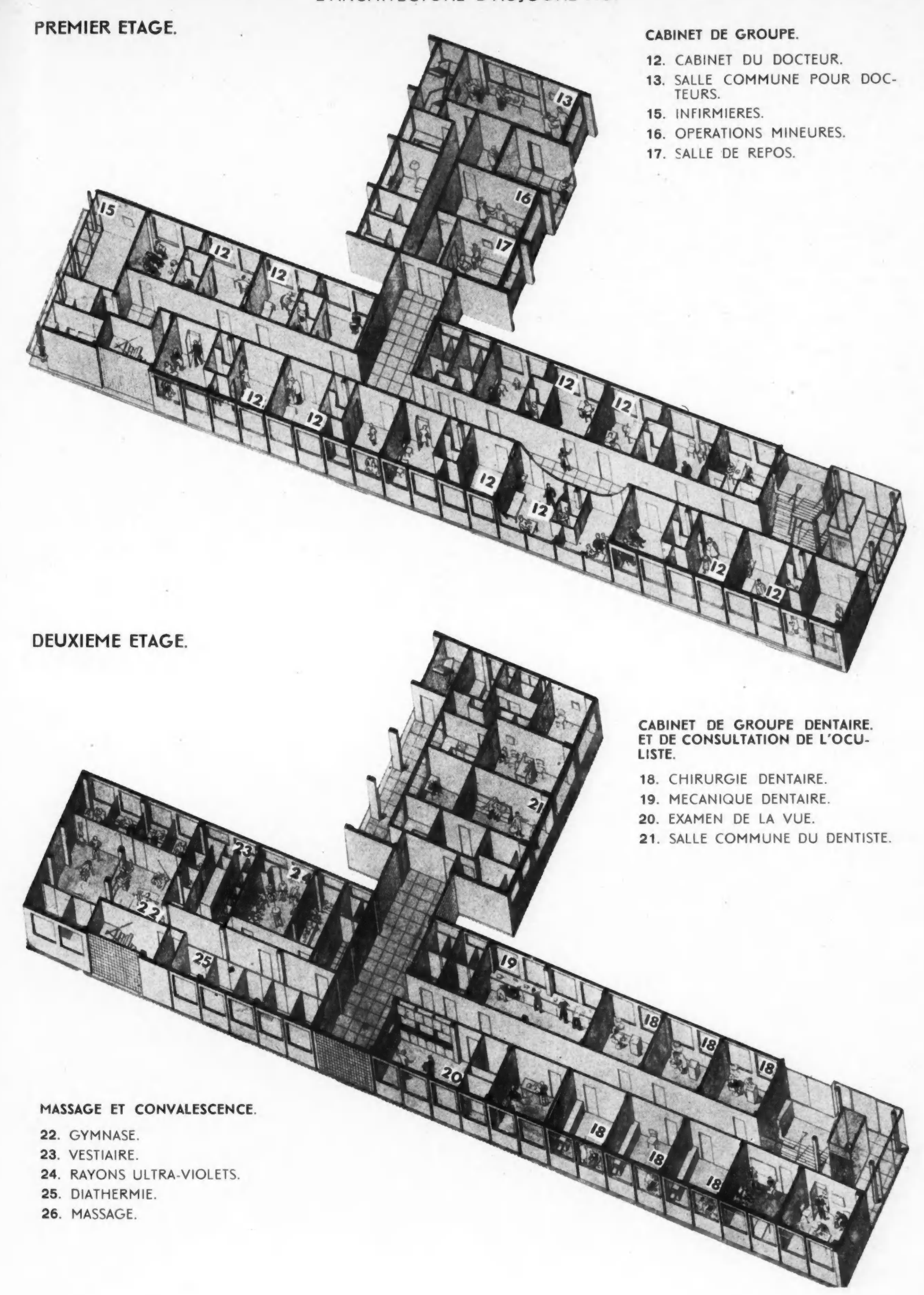
ERNO GOLDFINGER, ARCHITECTE

REZ-DE-CHAUSSEE.



SERVICES GENERAUX.
1. ARCHIVES.
2. INFIRMIERE VISITEUSE, SAGE-FEMME, AIDE MENAGERE.
3. CHIMISTE.
4. LABORATOIRE.
5. IMMUNISATION.

MERES ET ENFANTS.
6. CLINIQUE PRE-NATALE.
7. SOINS POUR ENFANTS.
8. CRECHE.
9. TELEPHONISTE.
10. CABINE DE PROJECTION.
11. SALLE DE LECTURE.



PREMIER ETAGE.

CABINET DE GROUPE.

12. CABINET DU DOCTEUR.
13. SALLE COMMUNE POUR DOCTEURS.
15. INFIRMIERES.
16. OPERATIONS MINEURES.
17. SALLE DE REPOS.

DEUXIEME ETAGE.

CABINET DE GROUPE DENTAIRE. ET DE CONSULTATION DE L'OCULISTE.

18. CHIRURGIE DENTAIRE.
19. MECANIQUE DENTAIRE.
20. EXAMEN DE LA VUE.
21. SALLE COMMUNE DU DENTISTE.

MASSAGE ET CONVALESCENCE.

22. GYMNASE.
23. VESTIAIRE.
24. RAYONS ULTRA-VIOLETS.
25. DIATHERMIE.
26. MASSAGE.

LE CENTRE DE SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS

La centralisation des divers services de médecine préventive et sociale dans un bâtiment unique, qui aboutit à la création des « Centres de Santé », commença aux environs de 1924. Actuellement, le le Centre de Santé remplit, en dehors des fonctions purement médicales, de multiples fonctions administratives (rédaction de statistiques démographiques), techniques (contrôle sanitaire dans une acception très large s'appliquant à l'examen chimique et bactériologique des aliments solides et liquides), et éducatives (conférences, bibliothèques, projection de films).

Les bureaux de construction du Service de Santé fédéral des Etats-Unis ont élaboré des plans-types de Centres de Santé pour des agglomérations de 30 (type A), 60 (type B) et 100.000 (type C) habitants. Nous donnons dans les lignes suivantes un aperçu des méthodes suivies dans la mise au point des plans (données statistiques), ainsi qu'une présentation des plans mêmes, en nous basant sur l'exposé paru à ce sujet dans l' « ARCHITECTURAL RECORD » de juillet 1942, et sur un article sur les Centres de Santé américains, paru dans « Les Techniques Hospitalières », de février 1946, et dont l'auteur et la doctoresse Micheline GUITON VERGARA, Conseillère médicale des Missions françaises à Washington.

DONNÉES STATISTIQUES
POUR UN CENTRE DE SANTE DU TYPE A

a) **Consultations prénatales :**

— naissances annuelles (chiffre basé sur un taux de 18 pour 1.000) 540
— nombre de mères fréquentant les consultations prénatales (chiffre basé sur une moyenne de 33 %) 180
— nombre annuel d'examens (calculé sur une base de 6 examens par femme enceinte) 1.080
— nombre hebdomadaire d'examens 20
— nombre de femmes enceintes pouvant être examinées par consultation 10
— nombre de consultations permettant de faire 20 examens par semaine, ou nombre de consultations hebdomadaires . . 2

b) **Consultations d'enfants :**

— nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans compris dans une communauté de 30.000 habitants (chiffre basé sur un taux de naissance de 18 pour 1.000) 2.700
— nombre d'enfants fréquentant les consultations, chiffre basé sur une moyenne de 25 % . . 675
— nombre annuel d'examens (calculé sur une base de 4 visites par an pour chaque enfant) 2.700
— nombre hebdomadaire d'examens 40
— nombre d'enfants pouvant être examinés par consultation . . 20
— nombre de consultation hebdomadaires 2

c) **Consultations anti-tuberculeuses :**

— décès annuels dûs à la tuberculose de 50 pour 100.000, et sur une population de 30.000 habitants 15
— nombre annuel de cas de tuberculose (calcul basé sur 5 cas pour 1 décès) 75
— nombre annuel d'examens (calculé sur une base de 4 examens par malade et par an) 300
— nombre mensuel de visites (examens et soins) 25
— nombre de malades pouvant être examinés par consultation 4
— nombre de consultations mensuelles 6

d) **Consultations anti-vénériennes :**

Dans ce cas, les données sont très variables. Elles dépendent de la localité, des méthodes de traitement, etc.

Pour le type A de centre de Santé, les bases ont été les suivantes :

a) total des visites pour le traitement de la blennorragie 4
c) total des visites pour les maladies vénériennes . . . 10
— total annuel de cas de maladies vénériennes (calcul basé sur un taux de 7,5 cas pour 1.000 dont 70 % de syphilis, 25 % de gonococcie, et 5 % d'autres infections génitales, pour une population de 30.000 habitants) 225
— nombre annuel de visites (examens et soins) 7.900
— nombre hebdomadaire de visites (examens et soins) 150
— nombre de malades pouvant être examinés et soignés par consultation 50
— nombre de consultations hebdomadaires 3

e) **Consultations d'hygiène dentaire :**

Presque toute la population américaine a des dents en mauvais état et le nombre de personnes ayant besoin de soins dentaires correspond au nombre de personnes qui viennent au Centre de Santé. Dans les années précédentes, les soins dentaires étaient réservés aux femmes enceintes, aux enfants d'âge pré-scolaire et scolaire. Actuellement, dans certains centres, les malades qui suivent les consultations anti-tuberculeuses et anti-vénériennes reçoivent les soins dentaires.

PROGRAMME GENERAL

TYPE A

Jour	Heure	Consultations	Nombre de visites p.consultations
Lundi :	10 à 12	Aucune	Aucune
	2 à 4	Enfance	20
	Soir	Anti-vénérien.	50
	Soir	Hyg. dentaire	10
Mardi :	10 à 12	Pré-natales	10
	10 à 12	Hyg. dentaire	10
	2 à 4	Enfance	20
	Soir	Aucune	Aucune
Mercredi :	10 à 12	Hyg. dentaire	10
	2 à 4	Anti-tubercul.	4
	Soir	Anti-vénérien.	50
Jeudi :	10 à 12	Pré-natales	10
	2 à 4	Aucune	
	Soir	Anti-tubercul.	4 (2 f. p. mois)
Vendredi :	10 à 12	Hyg. dentaire	10
	2 à 4	Anti-vénérien.	50
	Soir	Aucune	Aucune
Samedi :	Aucune	Aucune	Aucune

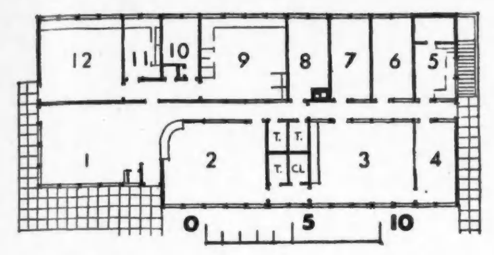
TYPES B1 ET B2

Jour	Heure	Consultations	Nombre de visites p.consultations
Lundi :	10 à 12	Anti-tubercul.	8
	2 à 4	Enfance	26
	Soir	Anti-vénérien.	50
	Soir	Hyg. dentaire	10
Mardi :	10 à 12	Enfance	26
	2 à 4	Anti-vénérien.	50
	Soir	Pré-natales	10
Mercredi :	10 à 12	Pré-natales	10
	2 à 4	Anti-vénérien.	50
	2 à 4	Hyg. dentaire	10
	Soir	Anti-vénérien.	50
Jeudi :	10 à 12	Hyg. dentaire	10
	10 à 12	Pré-natales	10
	2 à 4	Anti-vénérien.	50
	Soir	Anti-tubercul.	8 (2 f. p. mois)
Vendredi :	10 à 12	Pré-natales	10
	2 à 4	Anti-vénérien.	50
	Soir	Hyg. dentaire	10
Samedi :	10 à 12	Hyg. dentaire	10
	10 à 12	Enfance	20

TYPE C

Jour	Heure	Consultations	Nombre de visites p.consultations
Lundi :	10 à 12	Hyg. dentaire	20
	10 à 12	Enfance	32
	Soir	Enfance	32
	Soir	Anti-vénérien.	75
Mardi :	10 à 12	Hyg. dentaire	20
	10 à 12	Pré-natales	12
	2 à 4	Pré-natales	12
	Soir	Anti-vénérien.	75
Mercredi :	10 à 12	Pré-natales	12
	2 à 4	Anti-vénérien.	75
	2 à 4	Hyg. dentaire	20
	2 à 4	Anti-tubercul.	14
	Soir	Anti-vénérien.	75
Jeudi :	10 à 12	Pré-natales	12
	2 à 4	Pré-natales	12
	Soir	Anti-vénérien.	75
	Soir	Hyg. dentaire	20
	Soir	Anti-tubercul.	14 (2 f. p. mois)
Vendredi :	10 à 12	Enfance	32
	2 à 4	Pré-natales	12
	Soir	Anti-vénérien.	75
Samedi :	10 à 12	Hyg. dentaire	20
	10 à 12	Enfance	32
	2 à 4	Anti-vénérien.	75
	2 à 4	Hyg. dentaire	20

PLANS TYPES DE CENTRES DE SANTE

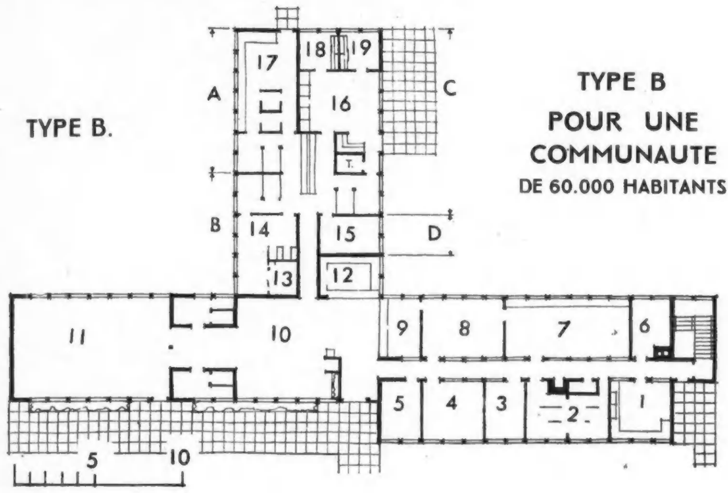


1. Salle d'attente. — 2. Bureau de renseignements. — 3. Assistante-chef. — 5. Laboratoire. — 6. Ingénieur sanitaire. — 7. Médecin. — 8. Hygiène dentaire. — 9. Maternité et enfance. — 10. Salle d'examen. — 11. Office. — 12. Maladies vénériennes.

TYPE A POUR UNE COMMUNAUTE DE 30.000 HABITANTS

Ce Centre couvre les besoins d'une communauté de 30.000 habitants. Il est construit en rez-de-chaussée et a une superficie de 258 m2. La section réservée aux consultations comprend une salle de consultation commune pour la tuberculose et les maladies vénériennes, une salle d'examen à l'usage des patients pour lesquels on a besoin de faire un examen particulier, une salle pour la consultation pré-natale et de l'enfance et une salle d'hygiène. La section administrative comprend : une salle pour les fiches et feuilles des malades avec une salle pour les infirmières ou assistantes, un bureau du médecin de santé publique et de l'assistante sanitaire.

TYPE B.

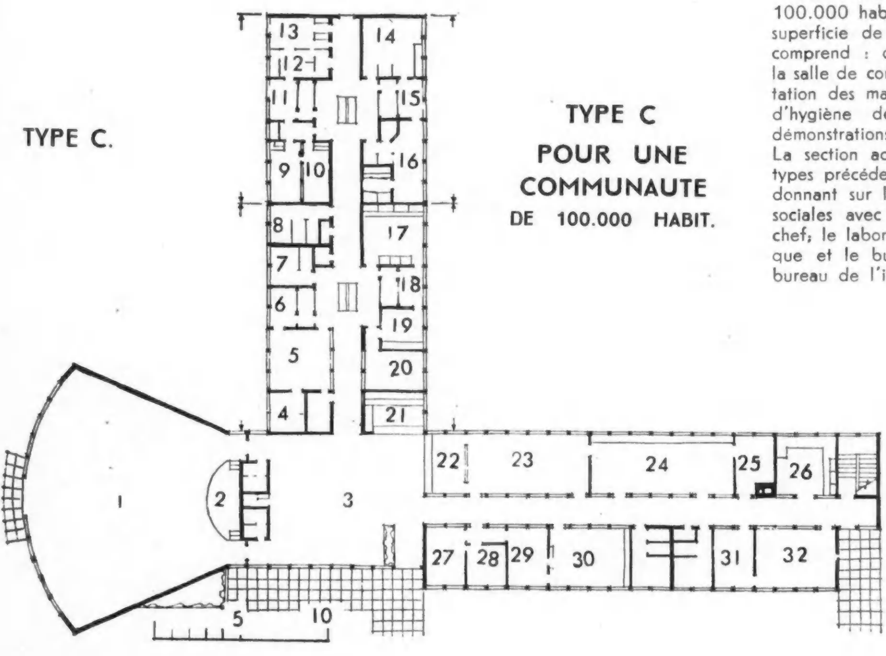


1. Laboratoire. — 2. W.-C. — 3. Assistante-chef. — 4. Ingénieur sanitaire. — 5. Médecin. — 6. Vestiaire. — 7. Assistantes sociales. — 8. Fiches. — 9. Renseignements. — 10. Salle d'attente. — 11. Salle de conférences. — 12. Pharmacie. — 13. Chambre noire. — 14. Rayons X. — 15. Hygiène dentaire. — 16. Salle de démonstration. — 17. Salle d'examen. — 18. Salle d'examen. — A. Maladies vénériennes. — B. Tuberculose, Rayons X. — C. Enfance et Maternité. — D. Section dentaire.

TYPE B POUR UNE COMMUNAUTE DE 60.000 HABITANTS

Ce Centre couvre les besoins d'une communauté de 60.000 habitants. Il est construit en rez-de-chaussée et a une superficie de 412 m2. La section des consultations comprend une salle de consultation pour la tuberculose et une salle de radiographie, une salle de consultation pour les maladies vénériennes, une salle d'examen et une salle de démonstration pour les consultations pré-natales et de l'enfance, une salle de consultation pour l'hygiène dentaire et une pharmacie. Une salle d'attente supplémentaire permet d'activer le service. La salle d'attente principale communique avec la section des consultations, la section administrative et la salle de conférences.

TYPE C.



TYPE C POUR UNE COMMUNAUTE DE 100.000 HABIT.

Ce Centre couvre les besoins d'une communauté de 100.000 habitants. Il est construit de plain-pied et a une superficie de 680 m2. L'aile réservée aux consultations comprend : deux sous-salles d'attente donnant, l'une sur la salle de consultation de tuberculose et la salle de consultation des maladies vénériennes, l'autre sur la consultation d'hygiène dentaire et sur les salles d'examen et de démonstrations des cliniques pré-natales et de l'enfance. La section administrative est plus complète que dans les types précédents. Elle comprend : le bureau d'information donnant sur la salle des fiches; le bureau des assistantes sociales avec le bureau personnel de l'assistante sociale-chef; le laboratoire; le bureau du médecin de santé publique et le bureau de son assistant, une bibliothèque, le bureau de l'ingénieur sanitaire et le bureau de ses aides.

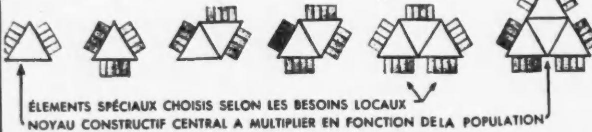
1. Salle de conférences. — 2. Estrade. 3. Salle d'attente. — 4-5. Hygiène dentaire. — 6. Vestiaire. — 7-8. W.-C. 9-10-11. Examen médical. — 12-13. Piqûres. — 14. Pneumothorax. — 15. Examen. — 16. Rayons X. — 17. Salle de démonstration. — 18. Vestiaire. — 19. Déshabilloire. — 20. Salle d'examen. — 21. Pharmacie. — 22. Renseignements. — 23. Fiches. — 24. Assistantes sociales. — 25. Assistante-chef. — 26. Laboratoire. — 27. Médecin. — 28. Secrétaire. — 29. Assistante. — 30. Bibliothèque. — 31. Ingénieur sanitaire. — 32. Assistant ingénieur sanitaire.

DISPENSAIRE PRÉFABRIQUÉ

SOLUTION PROPOSÉE POUR SATISFAIRE
AUX BESOINS IMMÉDIATS DE CONSULTATIONS EXTERNES
DANS LES PAYS DÉVASTÉS ET LES AUTRES A TRAVERS LE MONDE

BASÉE SUR LA PRÉFABRICATION D'ÉLÉMENTS DE CONSTRUCTION
ASSEMBLÉS AUTOUR D'UN NOYAU CENTRAL
CONFORMÉMENT AUX BESOINS LOCAUX VARIABLES

ARCHITECTES : HARRISON, ABRAMOWITZ ET WIGGINS
630 FIFTH AVE NYC
CONSULTANT : ANDRÉ SIVE.



Architectes : HARRISON, ABRAMOWITZ et WIGGINS

Consultant : ANDRE SIVE

DISPENSAIRE-TYPE.

1. En comparant les dispensaires de pays différents, on constatera qu'ils montrent une similitude dans les dispositions adoptées.

Cette similitude est fonction de l'identité moyenne des maladies, d'une part, et du caractère international de la science médicale, d'autre part.

Il paraît, par conséquent, possible d'établir le **type international du dispensaire.**

2. Quels sont les éléments susceptibles d'indiquer une diversité ?

a) les maladies spéciales dans certaines régions;

b) le climat et la façon de vivre des malades qui en est plus ou moins fonction.

En examinant de plus près ces éléments de diversité, on sera amené à supposer a priori que :

a) les maladies spéciales ne nécessiteront pas d'installations assez importantes pour que la composition du bâtiment en soit affectée. Tout au plus, pourrrait-on prévoir que la proportion entre le nombre de patients atteints de certaines maladies change. Ce fait n'entraînerait que l'interchangeabilité des éléments, ou bien l'adaptation de la fréquence d'utilisation;

b) Quant au climat, le bâtiment ne sera pas influencé par la température si l'on prévoit l'air conditionné. Ceci sera toujours possible, le courant électrique et l'adduction d'eau étant des conditions sine qua non de l'établissement d'un dispensaire.
Les heures d'utilisation peuvent varier dans les climats très chauds. Là, s'il s'agit de pays peu développés, on peut compter — au départ — avec deux facteurs éventuels :

— fréquence d'utilisation plus grande;

— utilisation d'abris en plein air.

3. Si, du point de vue médical, un dispensaire paraît assez complexe, du point de vue physique de l'espace à utiliser, le problème est bien plus simple.

En groupant les maladies, ou les soins qu'elles nécessitent, selon les interventions physiques, on verra que l'interrogatoire, l'auscultation ou la piqûre p. e. ne nécessitant point d'installations particulières. Les installations spéciales, telles que la petite salle d'opérations ou la radiologie (radioscopie, radiographie et radiothérapie), servent à des usages multiples. L'électrothérapie nécessite une installation électrique « omnibus », l'hydrothérapie, une ou deux baignoires et douches. C'est essentiellement une pièce munie d'eau et de moyens de chauffage.

La consultation pré et post-natale nécessite des locaux ordinaires, mais une décision de principe s'impose (valable partout) : entrée et attente séparées ou non.

Le dentiste demande une installation non spéciale, mais constante.

L'oculiste suppléera facilement à l'absence éventuelle de distance par des miroirs.

4. En examinant, d'autre part, les maladies les plus fréquentes et les plus importantes du point de vue de la santé publique, on verra que la tuberculose et le cancer exigent l'installation radiologique, les maladies vénériennes, par contre, se guérissent principalement par piqûres. Les maladies tropicales ne semblent pas impliquer d'installations spéciales.

5. Par conséquent, on peut dire que tout dispensaire comportera :

a) des salles d'examen ou de traitement non spécialisées;

b) attente;

c) service social (bureau);

d) dentiste avec petit labo;

e) des salles d'examen ou de traitement non spécialisées;

f) radiologie (dépôt de films);

g) petite intervention (opération);

h) physiothérapie (?);

i) repos;

j) consultation pré et post-natale, probablement séparée;

k) laboratoire d'analyse;

l) stérilisation;

m) isolement en vue du transport immédiat à l'hôpital;

n) locaux pour le personnel;

o) installation technique (chauffage, etc.).

6. Pour définir le nombre des salles d'examen non spécialisées, il y a lieu de prendre en considération **le facteur temps.**

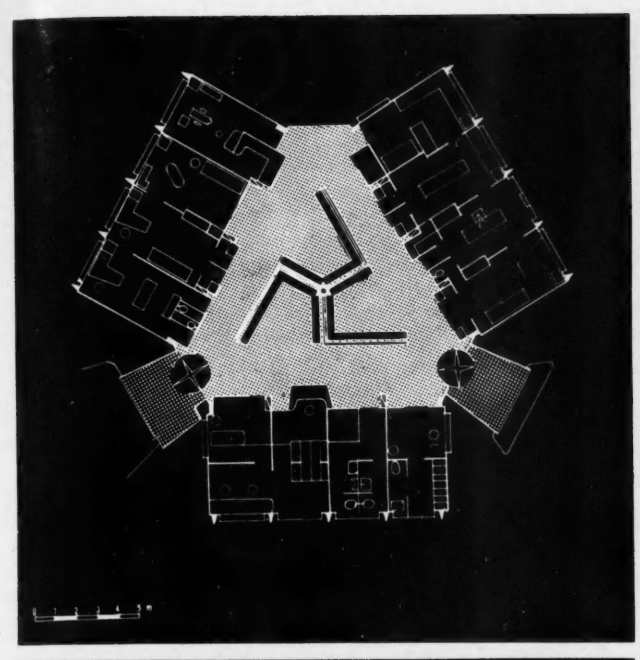
7. L'unité de dispensaire correspond à un nombre d'habitants variable, selon l'état sanitaire, ou bien le standard de vie d'une région. Toutefois, on peut admettre, a priori, que la multiplication des unités dans la ville ou dans la région est préférable à leur extension.

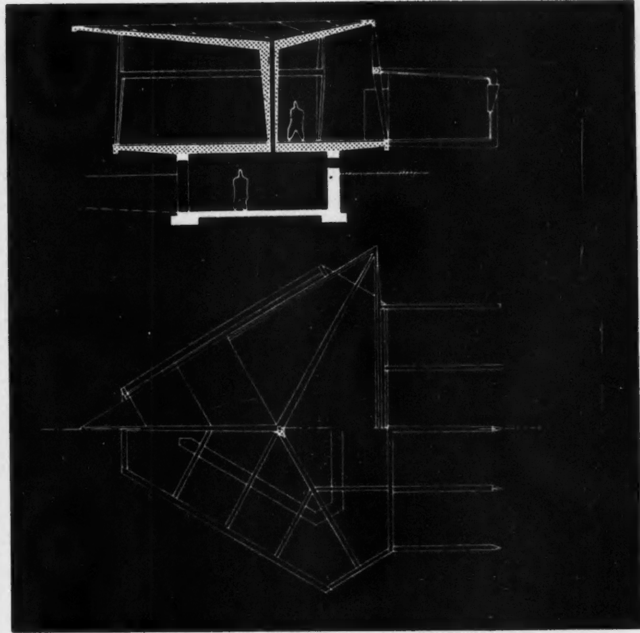
8. Le dispensaire-type correspondra donc à deux exigences :

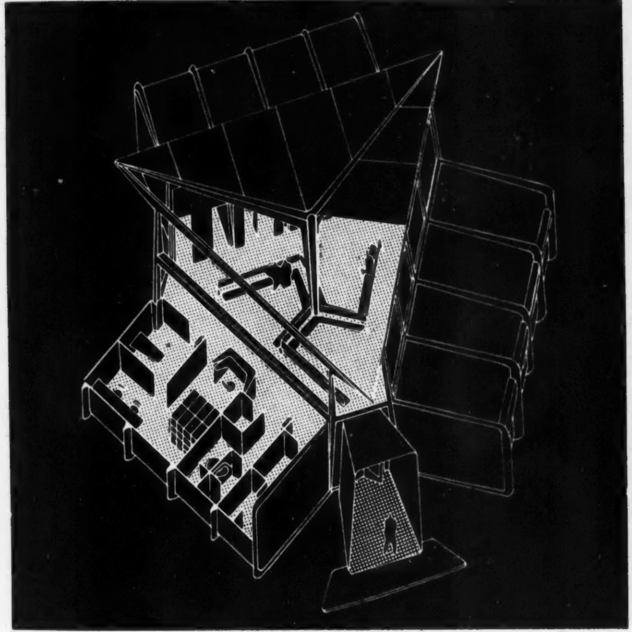
a) interchangeabilité des éléments (besoin fréquent);

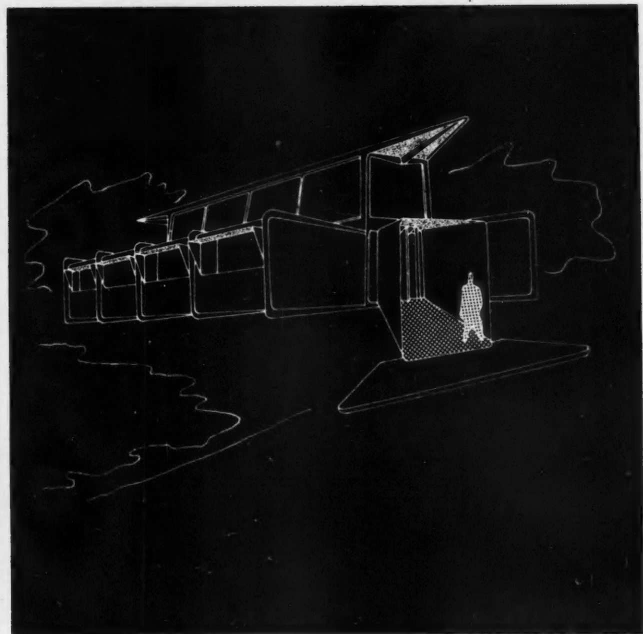
b) juxtaposition ou multiplication des éléments en vue de la création d'établissements centraux plus importants (besoin exceptionnel).

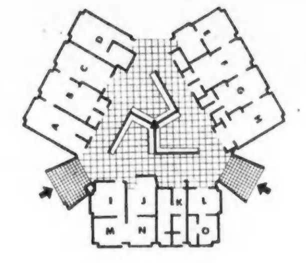
9. Une coquille préfabriquée, comportant les éléments de base constants et ceux interchangeables, munis des installations nécessaires, est susceptible de répondre à **tous** les besoins.











INDICATIONS RELATIVES AU PLAN.
A. ENFANCE. — **B.** EXAMEN. — **C.** THERAPIE. — **D.** DENTISTE. — **E.** STERILISATION ET LABORATOIRE. — **F.** EXAMEN. — **G.** RAYONS X. — **H.** EXAMEN. — **I.** RECEPTION. — **J.** CONTROLE. — **K.** DEPOT ET LAVABOS. — **L.** PERSONNEL. **O.** VESTIAIRE. — **M.** BUREAU. — **N.** ARCHIVES.

EN HAUT.

A GAUCHE : PLAN.

A DROITE : SECTION TRANSVERSALE ET PLACE DE LA CHARPENTE.

EN BAS.

A GAUCHE : VUE ISOMETRIQUE.

A DROITE : VUE PERSPECTIVE.

DISPENSAIRE A ELIZABETH CITY

(ETATS - UNIS)

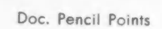
ARCHITECTE : ALFRED M. LUBLIN

1



2

1. VUE SUR L'ENTREE.
2. VUE DE LA COUR DE SERVICE.



Doc. Pencil Points

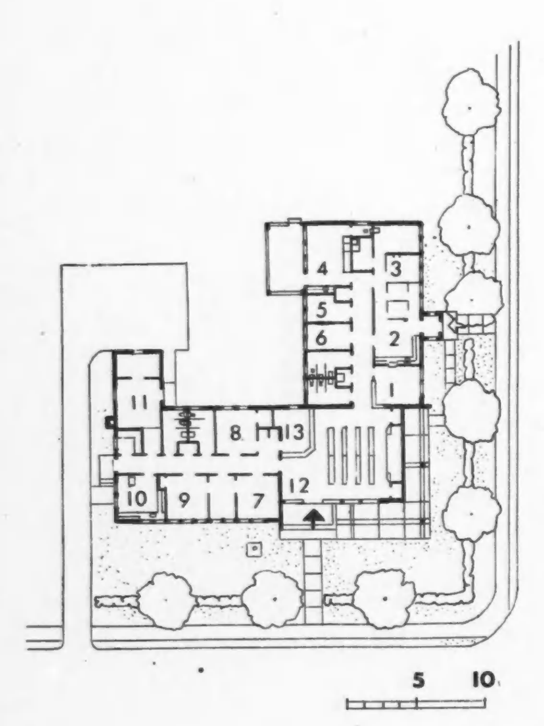
Le Centre de Santé présenté ici, constitue une adaptation des plans-types de dispensaires élaborés par le Bureau de Construction du Service de Santé des Etats-Unis.

L'établissement est appelé à desservir une agglomération urbaine d'environ 40.000 habitants.

Le bâtiment construit en forme de « L » se compose d'une aile réservée à l'administration avec bureau et laboratoire du contrôle sanitaire et d'une autre qui comprend les services médicaux. Dans cette aile, on trouve des locaux appropriés pour la consultation du médecin ainsi qu'une cellule technique servant au diagnostic (fluoroscopie et rayons X).

Les consultations du Centre sont organisées de manière à permettre l'utilisation des mêmes locaux pour le diagnostic et le traitement d'un grand nombre de cas relevant de la médecine sociale et préventive.

Les services cliniques occupent approximativement 65 p. 100 de la surface construite, l'administration 25 p. 100; le reste, soit 10 pour 100, est pris par la chaufferie et le magasin.



1. Bureau.
2. Clinique.
3. Examen.
4. Mères et Enfants.
5. Consultation.
6. Epidemiologiste.
7. Officier de Santé.
8. Chambre des infirmières.
9. Officier sanitaire.
10. Laboratoire.
11. Chaufferie.
12. Attente.
13. Informations.

CABINET DE GROUPE EN CALIFORNIE

Architecte : JOHN EKIN DINWIDDIE

Paysagiste : GARRETT ECKBO

PREMIER ETAGE.

1-4-5-6-7. Soins dentaires.
2-14. Laboratoires.
3. Chambres de développement.
8-13. Bureaux.
9-10. Traitement.
11-12. Lavabos.

Il s'agit d'un édifice destiné à abriter les locaux nécessaires à plusieurs praticiens d'une localité.

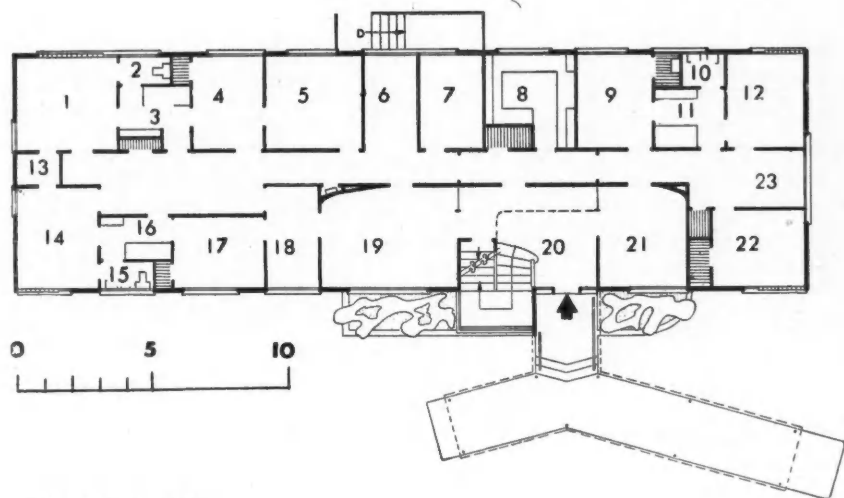
Le premier étage est réservé à la médecine interne. Les médecins (au nombre de 3) disposent chacun d'une salle de réception et consultation, tandis que les services techniques (rayons X, diathermie, chambre noire) sont utilisés en commun.

Le deuxième étage est occupé par deux dentistes. Ici le plan a été déterminé en partie par des exigences particulières des praticiens. Ainsi les architectes ont tenu compte dans l'organisation et l'équipement des laboratoires, des suggestions des praticiens, ayant chacun une méthode de travail personnelle.

L'isolation phonique des diverses pièces a été étudiée avec un soin particulier; la construction et le fini font preuve d'une recherche également remarquable.

Dans son ensemble, il s'agit d'un bâtiment « type » dont nous rencontrons des exemples de plus en plus fréquents dans des agglomérations de moindre importance aux Etats-Unis.

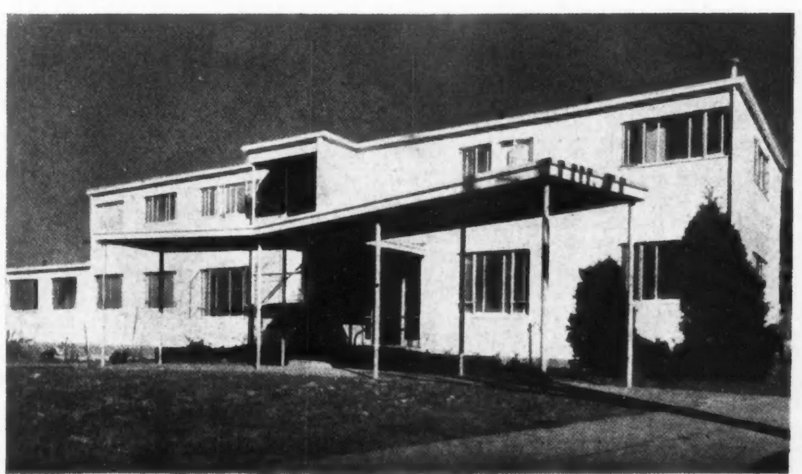
Il s'agit d'un phénomène de concentration de services qui s'observe dans tout domaine où les techniques jouent un rôle prépondérant.



REZ-DE-CHAUSSEE.

1. Chirurgie.
2-10-15. Lavabos.
4-11-16. Vestiaire.
9-12-14. Traitement.
5-7-17-22. Bureaux.
6-18-23. Nurse.
8. Laboratoire.
13. Chambre de développement.
19-21. Réception.
20. Hall.

FAÇADE SUR ENTREE



Doc. Pencil Points

LES CONSTRUCTIONS RÉALISÉES EN 1946 EN TUNISIE AU TITRE DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

par le Médecin-Lieutenant-Colonel des Troupes Coloniales G. RENAUD, Directeur de l'Assistance et de la Santé publiques.

Dès la libération de la Tunisie, le souci immédiat du Gouvernement fut de s'employer à relever les ruines accumulées au cours des opérations de guerre qui s'étaient déroulées sur son territoire pendant la campagne 1942-43.

Dans le domaine de l'Assistance et de la Santé publiques, où les destructions et les impossibilités de fonctionnement étaient nombreuses, cette préoccupation de reconstruction se doublait de celle de développer un armement sanitaire dont la réalisation entreprise avant la guerre avait été arrêtée par les événements.

Un plan d'armement hospitalier très complet fut élaboré, dont les projets furent étudiés en collaboration avec les services d'architecture et d'urbanisme.

C'est ainsi que dès 1945, était décidée la reconstruction des infirmeries-dispensaires de Medjez-el-Bab, Tébourba, Sbeitla et Sidi-Bou-Zid, entièrement détruites par les bombardements.

L'établissement du plan général a été guidé par le désir de réaliser un système pratique permettant à tous les malades de recevoir sur place des soins immédiats donnés par les médecins de la Santé publique.

Au centre de leur circonscription médicale, chef-lieu de Contrôle civil en général, ces praticiens disposent d'une **infirmerie-dispensaire d'un type standard comportant une partie réservée aux consultations et une autre aux hospitalisations.**

Le bloc des consultations comporte en particulier : salles d'attente pour hommes et femmes, déshabilloirs, salle de consultations et salles réservées aux soins spéciaux, pharmacie de détail, bureau du médecin et bureau de l'assistante sociale. La partie hospitalisation plus ou moins développée selon l'importance du centre ou la proximité d'un hôpital, comporte : salle d'opération, radio, au minimum 4 lits d'hospitalisation en chambres séparées, le logement de l'infirmière. Dans un pavillon isolé on trouve le centre d'épouillage, les magasins et la morgue.

Certaines infirmeries-dispensaires comportant 40 lits d'hospitalisation et parfois davantage, avec alors une séparation plus marquée en services d'hommes et femmes, de maternité, et un développement parallèle des services annexes.

Une telle organisation permet la distribution de soins à de nombreux consultants, des interventions de chirurgie d'urgence ou pour dystocies obstétricales.

Le plan-type peut être reproduit à de nombreux exemplaires et possède, outre l'avantage de placer le médecin changeant de circonscription dans le même cadre hospitalier que celui qu'il vient de quitter, celui de permettre une extension ultérieure des services d'hospitalisation selon les besoins.

En 1946, neuf de ces constructions ont été en voie d'achèvement, en plus des quatre déjà mentionnées au titre de la reconstruction.

Chaque médecin de la Santé publique est astreint dans sa circonscription à des tournées périodiques, coïncidant généralement dans les centres visités avec le jour du marché. Jusqu'à ce jour les consultations étaient données dans des locaux de fortune, correspondant rarement aux nécessités de ce service. C'est pour le moderniser que des dispensaires ruraux ont été prévus et étudiés selon un modèle uniforme comportant deux salles d'attente (hommes et femmes), une salle de consultations, un bureau pour le médecin et une pièce pour la réserve de pharmacie. Un logement pour l'infirmier à demeure y est adjoint. Sept dispensaires ruraux de ce modèle seront en voie d'achèvement à la fin de 1946.

Dispensaire rural et infirmerie-dispensaire sont les deux formations qui sont mises à la disposition du médecin de la Santé publique et qui forment la cellule initiale de toute l'organisation sanitaire d'ensemble du territoire.

Lorsque ce médecin est dépassé dans ses possiblités et qu'il envisage l'évacuation de ses malades, il peut l'entreprendre sur des hôpitaux régionaux judicieusement répartis ou sur des infirmeries - dispensaires à plus grande capacité d'hospitalisation.

L'hôpital régional comporte plusieurs services, un service chirurgical moderne, un service de médecine, une maternité, des services de spécialités et un service de radiologie.

La Tunisie est actuellement dotée des hôpitaux régionaux de Sousse, Sfax et le Kef.

En 1946, les deux premiers vont voir leur capacité d'hospitalisation accrue par la construction de nouveaux pavillons de spécialités, tandis qu'est entreprise à Kef celle d'un hôpital moderne en remplacement de celui existant, vétuste et mal adapté aux besoins.

Bizerte-Zarzouna sera dotée d'un hôpital modèle dont le projet à l'étude est prêt d'être terminé et qui comportera 300 lits d'hospitalisation.

Enfin, Gafsa et Gabès vont être pourvus de deux établissements modernes de 150 lits chacun, répondant aux besoins de ces deux centres du Sud tunisien et dont la construction sera entreprise au cours du quatrième trimestre. Dès maintenant les travaux de terrassement en sont commencés.

A Kairouan, la construction d'une nouvelle aile va compléter heureusement l'hôpital existant, de même qu'à Béjà où la capacité d'hospitalisation sera presque doublée à la fin de l'année en cours.

A côté de ces formations situées à l'échelon des régions ou des contrôles, existent les formations hospitalières beaucoup plus importantes de Tunis. Dans les quatre hôpitaux de cette ville, Sadiki, Charles-Nicolle, La Libération, Ernest-Conseil et l'hôpital pour maladies mentales de la Manouba, des agrandissements importants ont été prévus.

A Sadiki, construction d'une maternité de 100 lits en voie d'achèvement. A Charles-Nicolle, construction d'un pavillon pour tuberculeux musulmans de 100 lits annexé au pavillon déjà existant et dont la construction sera amorcée au cours du quatrième trimestre, construction d'une maternité de 100 lits dont la réalisation se poursuivra parallèlement; à La Libération, aménagement de deux services d'O.R.L. et d'Ophtalmologe, et un service de médecine; à Ernest-Conseil, achèvement d'un pavillon de contagieux de 60 lits; à l'Hôpital pour les les maladies mentales de la Manouba, la construction du logement du directeur a été effectuée. L'asile de vieillards de Kassar-Saïd évacué par les troupes alliées, a été complètement remis à neuf et rendu à sa destination.

En outre, l'étude de réalisations nouvelles dont le départ sera également donné au cours du quatrième trimestre, a été entreprise, comportant un institut de la mère et de l'enfant, avec 100 lits d'hospitalisation, un centre anticancéreux très moderne doté, lui aussi, d'une hospitalisation propre. Les locaux du magasin sanitaire d'où partent tous les approvisionnements pharmaceutiques et les moyens de lutte contre les affections épidémiques, sont en voie d'agrandissement important.

Telles sont les réalisations qui ont été effectuées au cours de l'année 1946, ou qui sont en voie de l'être dans le domaine de l'Assistance et de la Santé publiques en Tunisie.

Poursuivant le programme établi par l'établissement d'une seconde tranche de travaux, nous avons prévu les réalisations suivantes pour l'année 1947 :

D'abord la continuation des travaux amorcés au cours de cette année.

Puis des réalisations nouvelles : un sanatorium d'altitude dont le projet est maintenant terminé et l'implantation choisie; un institut du trachôme, centre de recherches et d'études de cette affection qui sévit particulièrement en Tunisie, et qui sera ultérieurement complété par la construction d'un institut des grandes endémies et celle d'un institut du paludisme.

A l'Hôpital Sadiki, construction d'un nouveau pavillon d'hospitalisation moderne; à l'Hôpital de La Libération, construction d'un pavillon de médecine et d'obstétrique; à l'Hôpital Charles-Nicolle, construction d'un pavillon de spécialités O.R.L. et ophtalmologie de 60 lits, d'un pavillon pour nerveux de 100 lits environ et d'un bloc chirurgical, à l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba, construction d'un pavillon pour filles soumises et d'un pavillon de dermatologie; à Conseil, construction d'un second pavillon de contagieux de 60 lits, d'un pavillon pour filles soumises et d'un pavillon de dermatologie; à l'Hôpital régional de Sousse, construction d'un pavillon de consultations externes, ainsi qu'à celui de Sfax.

5 nouvelles infirmeries-dispensaires vont être réalisées, ainsi que 10 dispensaires ruraux.

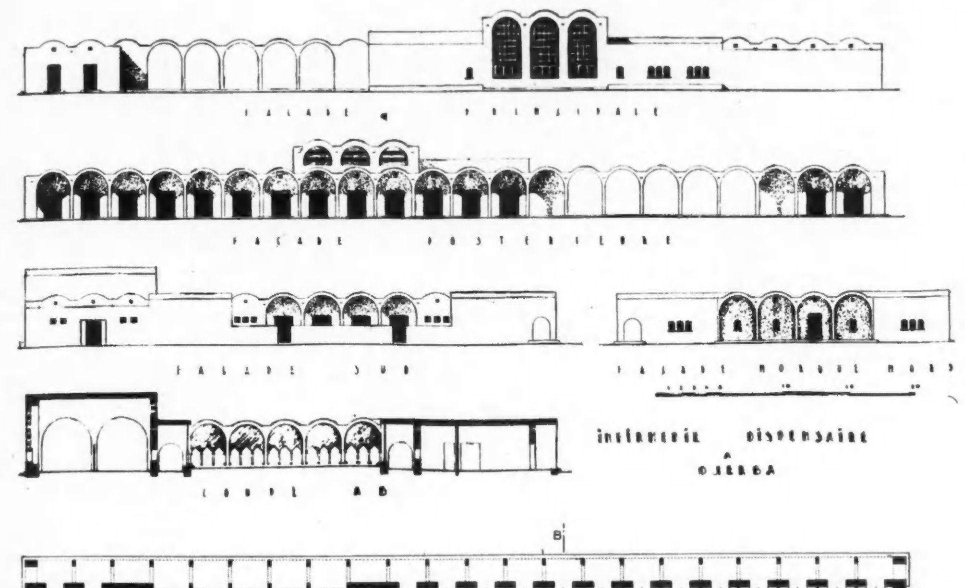
4 dispensaires ophtalmologiques à Kairouan, Béja, Tozur et Djerba, où de nouveaux secteurs de lutte antitrachômateuse vont être ouverts.

Enfin, l'étude d'une vaste cité hospitalière franco - musulmane à Tunis, englobant et complétant les créations actuellement en cours, centre anticancéreux, institut de la mère et de l'enfant, institut du trachôme, va être entreprise.

Ainsi, dans le cadre de l'œuvre générale de reconstruction et de mise en valeur entreprise dans le Protectorat, l'action civilisatrice de la France s'affirme d'une manière toute particulière dans le domaine de l'Assistance et de la Santé publiques et la réalisation qui s'effectue avec méthode du programme d'équipement sanitaire placera la Tunisie à la première place.

INFIRMERIE DISPENSAIRE DE DJERBA

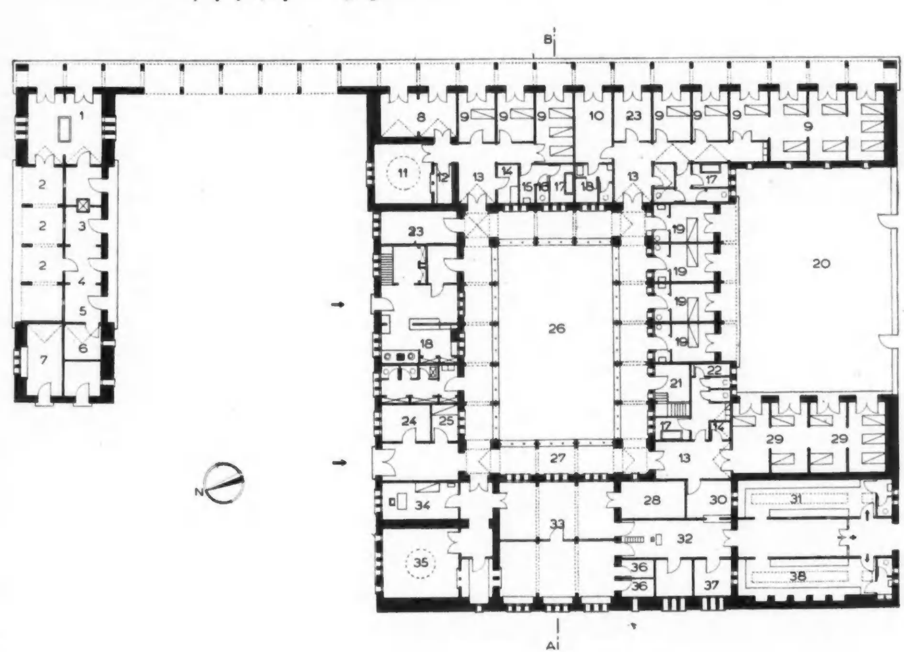
A. PATOUT, ARCHITECTE



Le projet peut être considéré comme un exemple pour l'organisation d'un dispensaire situé dans une agglomération de moindre importance.

L'établissement comprend un service de médecine sociale proprement dit et un service de médecine de soins avec une section de chirurgie et de maternité.

La buanderie, la lingerie et la morgue se trouvent dans un bâtiment séparé, relié par des portiques à l'édifice principal.



LEGENDE

1. Buanderie. — **2.** Séchage. **3.** Sulfuration. — **4.** Lingerie. **5.** Repassage. — **6.** Dépôt de linge. — **7.** Morgue. — **8.** Nursery. — **9.** Chambre (femmes). — **10.** Infirmière - Salle commune. — **11.** Salle de travail. — **12.** Stérilisation. — **13.** Hall. — **14.** Tisane. — **15.** Lavabo. — **16.** W.-C. — **17.** Bains. — **18.** Cuisine. — **19.** Chambre (isolés). — **20.** Jardin des orangers. — **21.** Dépôt pharmacie. — **22.** Débarras. — **23.** Dépôt. — **24.** Bureau. — **25.** Veille. — **26.** Patio. — **27.** Galerie. — **28.** Radio. — **29.** Chambre (hommes). — **30.** Pharmacie distribution. — **31.** Attente femmes. — **32.** Contrôle. — **33.** Salle de consutation. — **34.** Médecin. — **35.** Salle d'opération. — **36.** Déshabillage. — **37.** Assistante sociale. **38.** Attente hommes.

INFIRMERIE DISPENSAIRE A BIZERTE

P. LALLEMANT, ARCHITECTE D.P.L.G.

Situation.

Cette Infirmerie-Dispensaire est située près de la porte de l'Oued-Merg, de façon à être également accessible des habitants de la ville que de ceux de la campagne.

Le terrain présente une forte pente.

Orientation.

Les salles communes d'hommes et de femmes et la maternité sont orientées à l'Est-Sud-Est.

Les chambres d'hospitalisation au Sud-Sud-Ouest.

Les services généraux au Nord-Nord-Est.

Fonctionnement.

L'Infirmerie et le Dispensaire sont nettement séparés; la liaison entre les deux reste cependant facile.

La direction des locaux permet de tenir la foule des consultants à l'écart de l'entrée de l'hospitalisation. De même, les hospitalisés n'ont aucune vue sur les usagers du Dispensaire.

La salle d'interventions (éclairée par un shed) est placée entre l'Infirmerie et le Dispensaire, pouvant être ainsi utilisée aussi bien par les consultants que les hospitalisés.

Le cabinet du médecin, également commun aux deux services, est placé de façon analogue.

La circulation des hommes et des femmes dans la consultation est facilement contrôlable.

Les services des hommes et des femmes de l'hospitalisation sont nettement séparés. Entre les deux, les chambres individuelles peuvent servir à l'un et à l'autre service.

L'entrée des hospitalisés est contrôlée, le jour par le bureau des entrées et la nuit par la salle de veille.

Les archives à proximité du bureau des entrées permettent d'obtenir rapidement tous renseignements sur les entrants.

Le sous-sol permet d'abriter des logements d'infirmiers, des laboratoires, une nursery d'été, les dépôts de vivres et de matériel, la cave à vin, la chaufferie, la buanderie et la salle de repassage.

Un bâtiment de dépendances placé à l'écart abrite le poste d'épouillage et la morgue.

Dans le bâtiment principal, le logement pour une infirmière ainsi placé permet à cette dernière d'assurer une surveillance continue.

Surface.

La surface construite du bâtiment principal est de 1.350 mètres carrés, comprenant un rez-de-chaussée et un sous-sol.

INFIRMERIE DISPENSAIRE DE BIZERTE

PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

SERVICE D'HOSPITALISATION.

Hommes :
10. Salle commune (18 lits). — **11.** Salle de lavabos. — **12.** Salle de bains-douches. — **13.** Groupe w.-c., urinoirs avec vidoir. — **14.** Office tisannerie avec dépôt de linge.

Femmes :
15. Salle commune (18 lits). — **16.** Salle de lavabos. — **17.** Salle de bains. — **18.** Groupe w.-c. avec vidoir. — **19.** Office tisanerie avec dépôt de linge. — **20.** Salle de veille.

Isolés :
21. Une grande chambre à 2 lits avec lavabos. — **22.** Quatre chambres à 1 lit avec lavabos. — **23.** Un w.-c. avec vidoir.

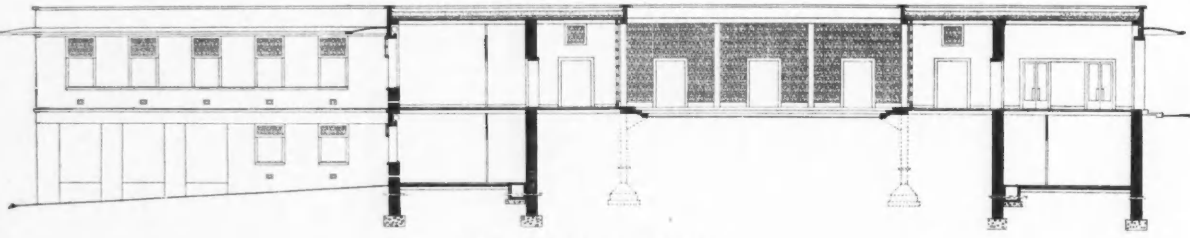
Maternité :
24. Quatre chambres avec lavabo. — **25.** Biberonnerie avec office tisanerie. — **26.** Salle de travail. — **27.** Nursery avec lavage. **18.** Lingerie. — **29.** Un w.-c. avec vidoir.

SERVICES GENERAUX.

Rez-de-chaussée :
30. Cabinet du médecin. — **31.** Un w.-c. lavabo-douches. — **32.** Bureau des entrées. — **33.** Salle d'archives. — **34.** Salle de veille. — **35.** Salle de jour réfectoire. — Cuisine office avec accès au sous-sol. — **37.** Accès au sous-sol (service cuisine). — **38.** Vestiaire du personnel avec w.-c. et douches. — **39.** Logement d'infirmière. — **40.** Grand escalier d'accès au sous-sol.

SERVICE DE CONSULTATIONS.

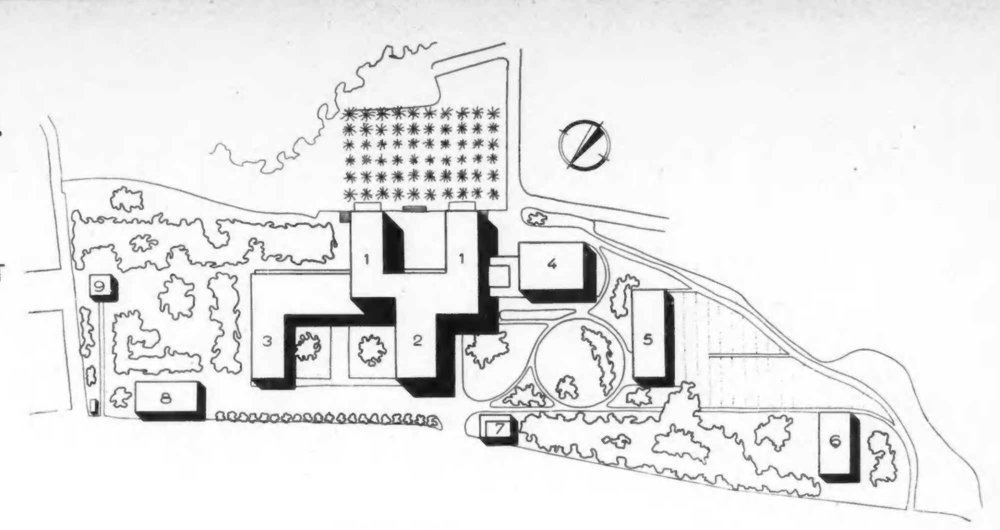
1. Entrée. — **2.** Salle d'attente hommes. — **3.** Salle d'attente femmes. — **4.** Contrôle. — **5.** Salle de consultations avec cabinet d'examen. — **6.** Pharmacie et local de préparation. — **7.** Stérilisation. — **8.** Salle d'intervention. — **9.** Salle de radio et d'ophtalmologie.



COUPE TRANSVERSALE

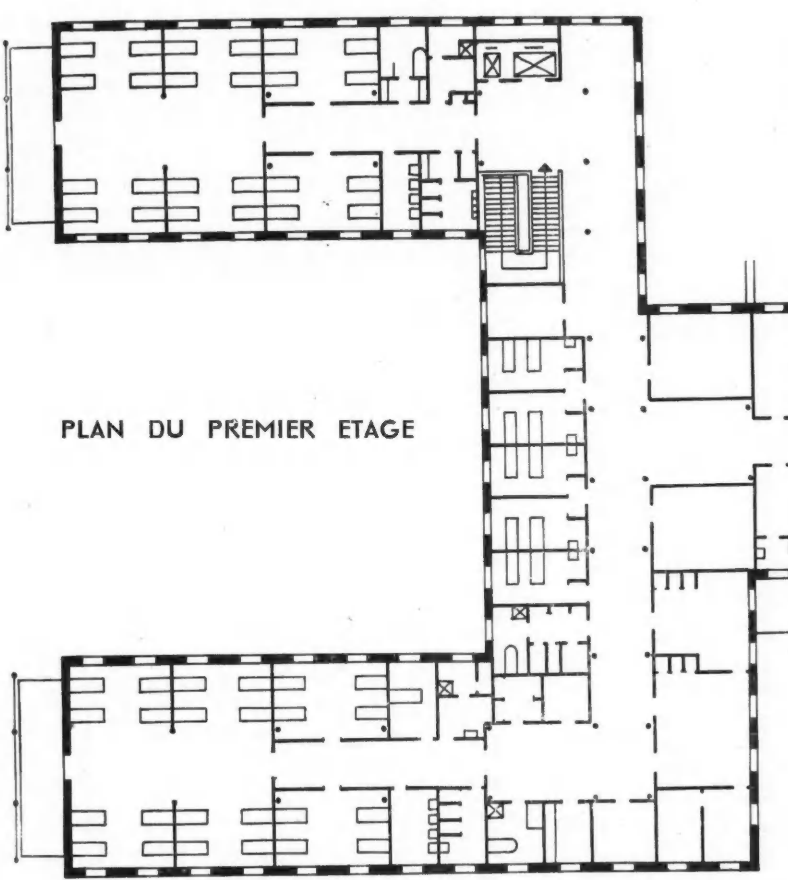
L'HOPITAL CIVIL DE GAFSA

P. HERBE et P. LALLEMANT
Architectes D.P.L.G.



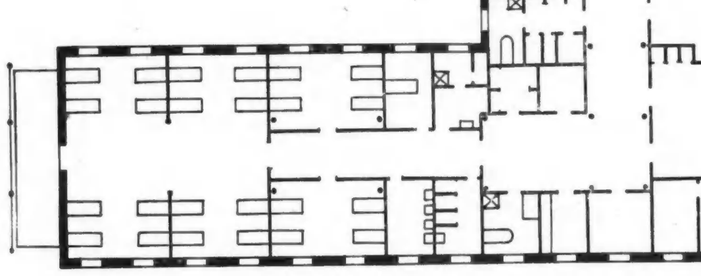
1. HOSPITALISATION. (R.-de-ch. : MEDECINE GENERALE — Etage : CHIRURGIE.)
2. SERVICES MEDICAUX. (R.-de-ch. : CONSULTATIONS — Etage : GROUPE OPERATOIRE.)
3. MATERNITE.
4. SERVICES GENERAUX.
5. CONTAGIEUX.
6. PERSONNEL.
7. EPOUILLAGE.
8. CONSULTATIONS OPHTALMOLOGIQUES.
9. HABITATION.

HOSPITALISATION HOMMES



SECTION OPERATOIRE

PLAN DU PREMIER ETAGE

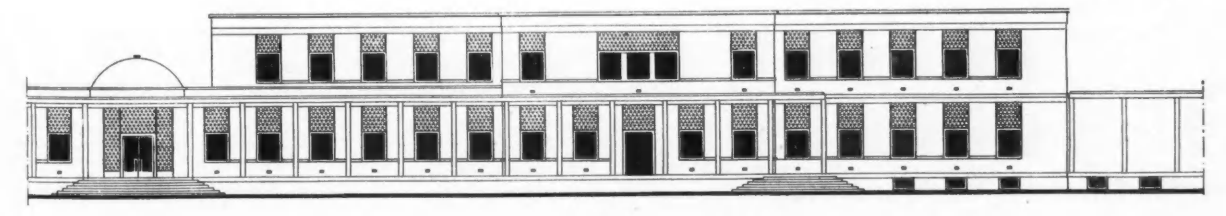


HOSPITALISATION FEMMES.

ORGANISATION.

Cet établissement est destiné à l'hospitalisation des malades médicaux et chirurgicaux de Gafsa et de ses environs. Il comprend en outre une maternité et un service pour les consultations externes.

Dans le **bâtiment principal** l'hospitalisation comporte des services séparés pour les hommes et pour les femmes, chaque service installé dans un corps de bâtiment perpendiculaire au corps principal pouvant recevoir 25 malades environ. Le service de médecine est placé au rez-de-chaussée, à proximité du service des consultations qui limite la cour d'entrée symétriquement avec la maternité. A l'étage est placé le service de chirurgie en relation directe avec le bloc opératoire, situé au-dessus des consultations. Ces derniers sont complétés par des chambres réservées aux enfants et aux malades spéciaux;



FAÇADE SUR ENTREE

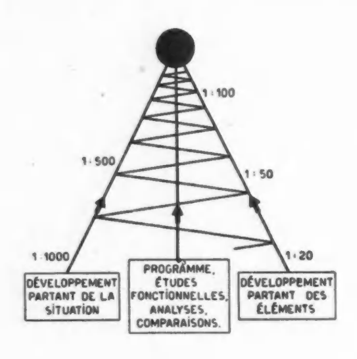
L'HÔPITAL GÉNÉRAL

TECHNIQUE D'ÉLABORATION DU PROJET

Le schéma ci-contre montre très clairement les trois éléments qui déterminent tout projet d'Hôpital. Le travail de l'Architecte consiste tout d'abord à étudier les divers éléments fonctionnels dont il faut tenir compte en l'occurrence (éléments relatifs à la situation, unités d'espaces-types et données imposées par le programme hospitalier).

Après avoir étudié séparément les divers éléments de base et précisé leurs rapports réciproques, il procédera à la synthèse de ces diverses parties en établissant son plan de masse, qui, après des études de plus en plus détaillées le conduira au projet définitif.

Cette méthode de travail, bien que n'étant pas particulière aux études d'Hôpitaux, trouve ici une de ses applications les plus frappantes. A ce titre, la composition architecturale en matière d'Hôpitaux peut servir de modèle, à bien des égards, à la composition architecturale moderne en général.



SCHEMA
DE LA TECHNIQUE D'ELABORATION
(Dr Fietz. Das Werk Mai. 46)

LES ÉLÉMENTS FONCTIONNELS

Il semble qu'actuellement on s'oriente vers trois types d'Hôpitaux généraux :

a) l'Hôpital de la petite agglomération, comprenant jusqu'à 150 lits (Hôpital d'arrondissement dans le plan français, Hôpital rural dans le plan américain);

b) l'Hôpital de l'agglomération moyenne, pouvant contenir jusqu'à 400 lits (centre hospitalier dans le plan français, hôpital de district dans le plan américain);

c) l'Hôpital de la grande ville, fonctionnant la plupart du temps en liaison avec une Faculté de médecine (Hôpital divisionnaire dans le plan français, Hôpital de base dans le plan américain).

A. L'Hôpital général sous sa forme la plus réduite (Hôpital d'arrondissement), comprend les services suivants : médecine, chirurgie et maternité, ainsi qu'une section pour tuberculeux et une autre pour contagieux. Chacun de ces services doit permettre l'**hospitalisation** du malade, l'**établissement** du diagnostic et la **thérapeutique**.

Une cellule technique comprenant laboratoires et radiologie desservira tous les services intérieurs et extérieurs de l'Hôpital.

B. Dans le cas du Centre hospitalier on assiste à une différenciation très nette des fonctions énumérées et en conséquence, à l'apparition de nouveaux services.

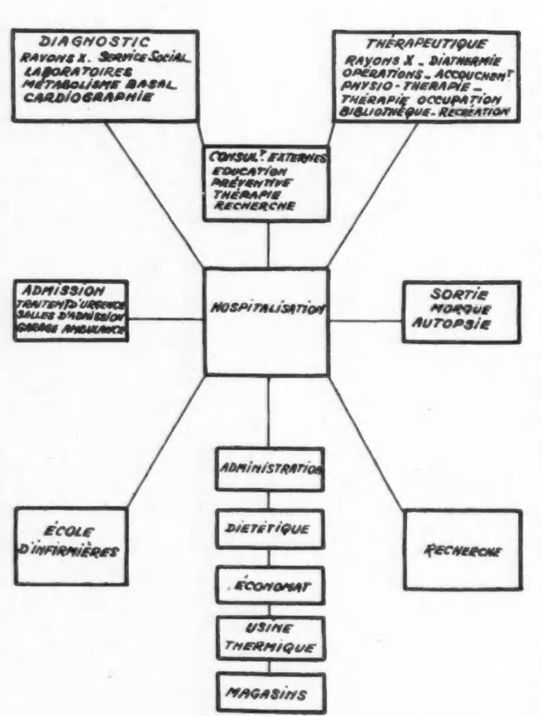
La section d'hospitalisation comprendra en plus des services ordinaires des unités de soins consacrés aux spécialités telles que : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie, dermatologie et vénérologie.

Le rôle du dispensaire du Centre hospitalier sera, avant tout, de coordonner les activités des Centres de santé de moindre importance situés dans divers quartiers de la ville, ou attachés aux divers établissements scolaires ou industriels de l'agglomération.

Les services de consultations externes seront nécessairement plus développés du fait de la création de nouvelles spécialités. Au sein de la cellule technique on assistera à l'apparition des laboratoires consacrés à la bactériologie, à la sérologie, à la chimie biologique, à l'hématologie, à la cytologie, et à l'anatomie pathologique.

C. Le troisième type d'Hôpital général (Hôpital divisionnaire ou Hôpital de base dans le plan américain), est caractérisé par l'importance plus particulière que prennent les fonctions : spécialités et enseignement médical.

Etant donné les modifications importantes apportées à l'organisation de l'Hôpital par la présence de l'enseignement médical, nous avons cru utile de consacrer un chapitre à part à ce type d'établissement.



LES ELEMENTS DE L'HOPITAL
Etude par I. ROSENFIELD (HOSPITALS)

RAPPORTS ENTRE LES ÉLÉMENTS FONCTIONNELS

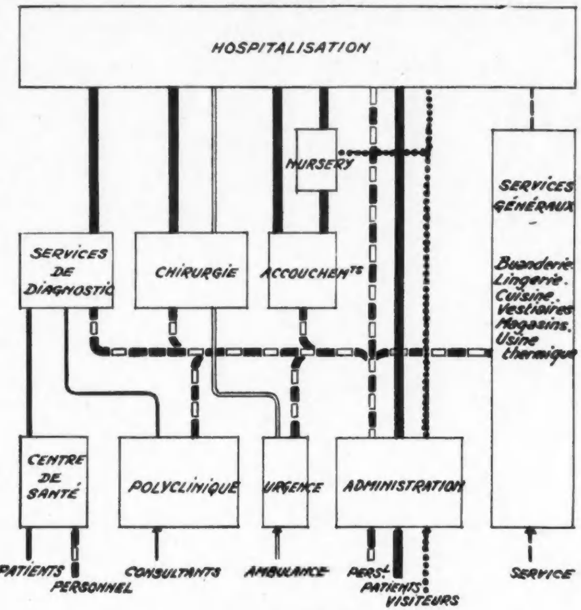
RAPPORTS SPATIAUX

Le schéma ci-contre montre la position qu'occupent les divers services de l'Hôpital les uns par rapport aux autres. Les nécessités de la circulation déterminent cette position.

L'artère principale conduit visiteurs, malades et personnel médical des bureaux de l'administration (services d'entrée), à l'hospitalisation.

Près de l'entrée se trouvent les services d'urgence, le centre de santé et de consultations externes. Les services médicaux de diagnostic et de thérapeutique se trouvent situés entre les services d'entrée et ceux d'hospitalisation.

Il est bien entendu que le schéma ci-contre n'a que la valeur d'un diagramme et indique des rapports et non point des positions réelles dans le plan.



SCHEMA DE CIRCULATON
dressé par le Bureau de Construction des Services de Santé des Etats-Unis

RAPPORTS QUANTITATIFS

Les surfaces de construction par lit pour les divers services de l'Hôpital constituent un élément primordial de la composition. Les surfaces indiquées dans le tableau ci-dessous (élaborées par le Bureau de Construction des Services de Santé fédéraux des Etats-Unis), doivent être considérées comme des suggestions concernant la place requise par les divers services d'un Hôpital général.

Etant donné la diversité des besoins, on n'a pas tenu compte de: surfaces nécessaires aux services de consultations externes, aux logements du personnel, aux écoles d'infirmières, aux locaux pour magasins et garages. Si l'un de ces éléments fait partie de l'Hôpital, on devra ajouter des surfaces supplémentaires à celles précédemment indiquées dans le tableau.

Toutes les surfaces indiquées doivent être con idérées comme nettes, c'est-à-dire ne comprenant ni murs ni cloisons.

ÉVALUATION DES SURFACES

SURFACE NETTE DE CONSTRUCTION PAR LIT
POUR LES DIVERS SERVICES D'UN HOPITAL GENERAL

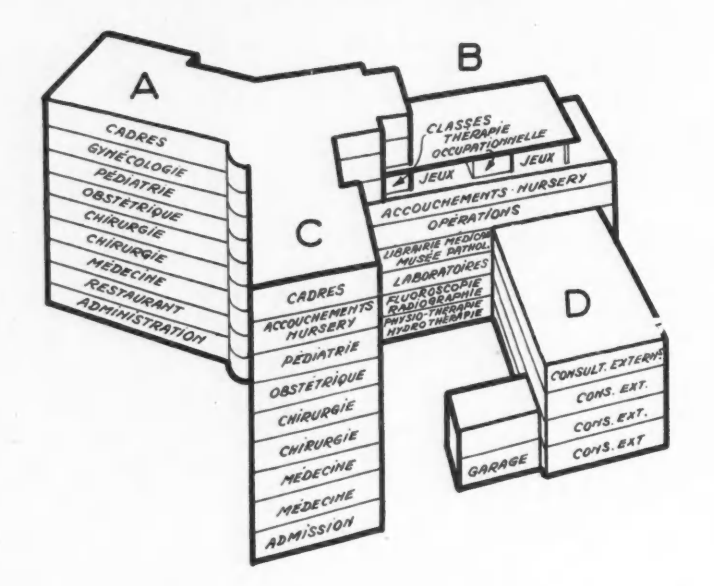
SERVICES ADMINISTRATIFS	50 LITS	100 LITS	150 LITS	200 LITS
Administration	3,49	2,45	1,95	1,75
Annexes pour employés	1,08	0,87	0,82	0,77
Magasins	2,18	2,08	2,06	2,04
Total	6,75 m2	5,40 m2	4,83 m2	4,56 m2
SERVICES ADJOINTS DE DIAGNOSTIC ET DE THERAPEUTIQUE				
Pathologie	0,93	0,65	0,53	0,46
Radiologie	0,74	0,56	0,53	0,51
Metabolisme basal, électro-cardiographie, thérapie physique	0,30	0,17	0,12	0,12
Pharmacie	0,34	0,35	0,34	0,30
Total	2,31 m2	1,73 m2	1,52 m2	1,39 m2
HOSPITALISATION				
Surface par patient	16,26	16,31	16,17	16,22
Opération	3,43	2,65	2 27	1,97
Obstétrique	1,79	1,07	1,04	0,80
Nursery	0,90	0,72	0,77	0,70
Urgence	0,85	0,49	0,38	0,30
Total	23,13 m2	21,24 m2	20,63 m2	19,99 m2
SERVICES GENERAUX				
Régimes	4,35	3,10	2,60	2,35
Economat	2,31	1,65	1,40	1,29
Services techniques	1,91	1,38	1,12	0,91
Total	8,57 m2	6,83 m2	5,12 m2	4,55 m2
SURFACE POUR CIRCULATION	10,73 m2	8,95 m2	8,56 m2	8,16 m2
SURFACE TOTALE PAR LIT	51,49 m2	44,15 m2	44,15 m2	38,65 m2

Tableau dressé par les Services de Construction du Bureau de Santé des Etats-Unis

COORDINATION DES ÉLÉMENTS FONCTIONNELS

CI - CONTRE : VUE ISOMETRIQUE DE L'HOPITAL DE CUMBERLAND STREET (NEW-YORK). - LORIMER RICH, ARCHITECTE. I. ROSENFIELD, ARCHITECTE EN CHEF.

(Doc. Architectural Record.)



L'ORGANISATION DE CET HOPITAL EST TRES CARACTERISTIQUE POUR MONTRER LES TENDANCES AMERICAINES RECENTES, NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE L'ETABLISSEMENT DE RELATIONS DE NIVEAU ENTRE SERVICES D'HOSPITALISATION ET DE MEDECINE.

A et **C**. HOSPITALISATION. — **B**. SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE THERAPEUTIQUE.

D. CONSULTATIONS EXTERNES.

TENDANCES RÉCENTES

Après avoir donné un aperçu sur les **éléments fonctionnels** de l'Hôpital, le moment est venu d'examiner la façon dont ces éléments ont été coordonnés dans un ensemble cohérent.

L'exposé des tendances récentes dans ce domaine fera l'objet de ce paragraphe, ainsi que des chapitres suivants où seront passés en revue les projets et réalisations les plus caractéristiques de ces dernières années.

Dans la partie consacrée aux **Plans Nationaux de Santé**, le lecteur a pu se rendre compte de l'importance croissante joué par le **Plan Hospitalier**. Ce dernier n'est certes, encore, qu'à l'état d'ébauche, dans la plupart des pays. Néanmoins on peut dès maintenant prévoir le rôle qu'il aura à jouer en établissant les **types de bâtiments** à construire dans chaque région, ainsi que l'organisation et la composition des divers **services** faisant partie intégrante de tout établissement (unités d'espace-types).

Cet état de choses modifiera nécessairement le rôle traditionnel de l'architecte en matière de construction hospitalière. Au lieu d'assurer en la même personne comme ce fut le cas jusqu'à présent, la conception, l'organisation et l'exécution d'un hôpital donné, il se spécialisera soit dans la recherche et la création des **bâtiments-types** (nécessairement variables dans le temps et dans l'espace), soit dans la réalisation d'exemples concrets en appliquant et en adaptant les standards établis à un cas particulier. Cette division de travail se manifeste dès maintenant aux Etats-Unis; elle ne manquera pas de s'introduire en Europe.

En ce qui concerne l'organisation de l'hôpital général, plusieurs tendances ont vu le jour ces dernières années, les unes aux Etats-Unis, les autres en Europe.

Aux Etats-Unis, on tend de plus en plus à abandonner l'hôpital vertical, basé sur le principe d'une superposition pure et simple de pavillons. On essaye au contraire de créer dans la mesure du possible des relations de niveau entre l'hospitalisation et les services de diagnostic et de thérapeutique. Ainsi on dispose les services opératoires au même étage que les services d'hospitalisation correspondants. De même on place de préférence le laboratoire au même niveau que les services d'hospitalisation et que les services de consultations de médecine générale.

Il résulte généralement de cette disposition une forme en T ou en H, l'aile contenant les services de diagnostic et de thérapeutique étant perpendiculaire au bloc d'hospitalisation, le plus souvent orienté vers le Sud.

La vue isométrique de l'hôpital de « Columbia Street » présenté plus haut traduit assez fidèlement ces dispositions.

Une tendance plus récente encore tend à situer le bloc opératoire au rez-de-chaussée. Ceci est rendu possible par suite de l'adaptation quasi générale de l'éclairage artificiel dans les salles d'opérations. De toute façon cette disposition a l'avantage de permettre l'utilisation de la salle d'opérations pour les urgences et la suppression à l'entrée d'un service spécial. Elle permet également une meilleure liaison entre le bloc opératoire et les services complémentaires de diagnostic et de thérapeutique; elle peut aussi amener la constitution d'un bloc unique pour tous les services médicaux dans des établissements de capacité réduite ou moyenne.

En Europe, les tendances modernes ont reçu une application récente dans deux hôpitaux de grande envergure : dans l'hôpital SODER à Stockholm et dans l'hôpital cantonal de BALE.

Ces deux constructions, basées sur le principe fonctionnel déjà énoncé à propos des hôpitaux américains (relations de niveau entre hospitalisation et services médicaux), présentent par rapport à ceux-ci des différences notables.

Les constatations les plus frappantes qui s'imposent à leur sujet sont la disposition **longitudinale** des bâtiments et le nombre **relativement** réduit des étages (Bâle : 8 étages; Söder : 10). Dans les deux cas envisagés, l'établissement est formé de deux ailes parallèles, l'une réservée à l'hospitalisation, l'autre aux services de diagnostic et de thérapeutique. Le problème de la circulation, nécessairement complexe à cause des étendues des bâtiments, est résolue par l'aménagement de plusieurs branches perpendiculaires aux deux ailes parallèles. Ces branches sont réservées à la circulation des patients et du personnel d'une part, et des visiteurs d'autre part, ainsi qu'à des services annexes.

Il est évident que cette disposition s'inspire des nécessités d'un service beaucoup moins mécanisé qu'aux Etats-Unis.

Ces différences mises à part, la tendance à la centralisation des divers services dans un bloc unique (à l'exception de certains services de spécialité), continue à s'affirmer dans presque tous les pays. Cette centralisation tend naturellement à conférer à l'hôpital le caractère d'une « usine de santé ». Sans examiner ici-même les répercussions de cet état de choses sur l'état général du patient, bornons-nous à constater que cette tendance est justifiée en grande partie par le développement des techniques thérapeutiques qui rendent nécessaire une concentration très poussée des diverses cellules techniques.

PLANS DE MASSE

Pour faire connaître les dernières tendances en matière d'architecture hospitalière, nous avons cru utile de montrer les **plans de masse** d'un certain nombre d'établissements contenus ou non dans ce volume et qui peuvent être considérés comme caractéristiques pour le genre donné.

On a tenu à différencier, dans la présentation des plans de masse, qui revêtent la forme de **plans schématiques d'étages**, les trois fonctions de tout établissement sanitaire : **l'hospitalisation**, les **fonctions médicales** proprement dites (de thérapeutique et de diagnostic) et les **fonctions annexes** (services administratifs et services généraux). Chacun de ces trois éléments comporte une indication graphique particulière.

En accord avec les tendances récentes, concernant la classification des bâtiments-types, nous avons groupé les plans dans les catégories suivantes : le **Centre de santé**, l'**Hôpital général**, l'**Hôpital enseignant** et les **Hôpitaux spécialisés.**

Dans l'ordre de la présentation nous avons en outre tenu compte de la capacité de ces établissements, c'est-à-dire du nombre des lits qu'elles contiennent ou du chiffre de la population qu'elles sont appelées à desservir.

En vue de faciliter la comparaison entre les solutoins adoptées, les plans sont présentés à l'échelle de 0,5 mm/m.

A. S.



LEGENDE ALPHABETIQUE

AD	Administration
AC	Accouchements
AL	Aliénés
AN	Accidents
AT	Ateliers
BA	Bains
BU	Buanderie
BI	Bibliothèque
CA	Cancéreux
CF	Chaufferie
CH	Chirurgie
CL	Cultes
CO	Consultations
CR	Chroniques
CS	Chambres séparées
CT	Convalescents
CU	Cuisines
DE	Désinfection
CN	Contrôle sanitaire
CX	Contagieux
DC	Docteur
DI	Dispensaires
DO	Dortoirs
DR	Dermatologie
E	Enfants
EC	Economat
EN	Enseignement
ET	Electrothérapie
F	Femmes
GA	Garages
GC	Galerie de Cure
H	Hommes
GY	Gynécologie
HA	Habitations (personnel)
HE	Hématologie
HO	Hospitalisation
IN	Personnel infirmier
IS	Isolation
LA	Laboratoires
LI	Lingerie
M	Ménages
MA	Maternité, Obstétrique
ME	Médecine
MG	Magasins, Dépôt
MO	Morts, Morgue
NE	Neurologie
OB	Observations
OH	Orthopédie
OP	Opérations
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
OT	Ophtalmologie
PE	Pédiâtrie
PS	Psychiâtrie
PH	Pharmacie
PT	Physiothérapie, Bains
RA	Radiothérapie
RE	Réception, Admission
RF	Réfectoire
RS	Radioscopie
SA	Services annexes
SC	Services communs
SE	Service social
SG	Service général
SO	Sœurs
SS	Services spéciaux
ST	Stomatologie
TU	Tuberculeux
UR	Urologie
US	Usine
VE	Vénérologie

LEGENDE PAR MATIERES

HOSPITALISATION (HO)

Médecine	ME
Chirurgie	CH
Chambres séparées	CS
Dortoirs	DO
Galerie de Cure	GC
Enfants	E
Femmes	F
Hommes	H
Ménages	M
Aliénés	AL
Chroniques	CR
Convalescents	CT
Contagieux	CX
Observations	OB
Tuberculeux	TU
Consultations	CO
Dispensaires	DI
Maternité	MA
Groupes opératoires	OP

SERVICES SPECIAUX

Accouchements	AC
Accidents	AN
Contrôle sanitaire	CN
Dermatologie	DR
Gynécologie	GY
Hématologie	HE
Isolation	IS
Neurologie	NE
Orthopédie	OH
Oto-Rhino-Laryngologie	ORL
Ophtalmologie	OT
Pédiâtrie	PE
Psychiâtrie	PS
Stomatologie	ST
Urologie	UR
Vénérologie	VE

SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE THERAPEUTIQUE

Accouchements	AC
Electrothérapie	ET
Opérations	OP
Physiothérapie, Bains	PT
Radiothérapie	RA
Radioscopie	RS

SERVICES GENERAUX

Administration	AD
Admission, Réception	RE
Archives	AR
Bains	BA
Bibliothèque	BI
Docteur	DC
Habitations, Logements	HA
Personnel infirmier	IN
Service social	SE
Sœurs	SO
Usine	US
Chaufferie	CF
Buanderie	BU
Lingerie	LI
Cuisines	CU
Réfectoire	RF
Désinfection	DE
Pharmacie	PH
Laboratoires	LA
Economat	EC
Enseignement	EN
Garages	GA
Magasins	MA
Ateliers	AT
Cultes	CL
Morgue	MO
Services communs	SC
Services annexes	SA

INDICATIONS GRAPHIQUES

Services de diagnostic et de thérapeutique.

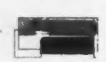
Services annexes. (Administration, services généraux, locaux annexes au service d'hospitalisation.)

Hachurés ou grisés : Services d'hospitalisation.

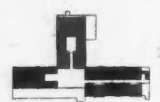
Circulations.

ECHELLE DES PLANS : 0,5 mm. p. m.

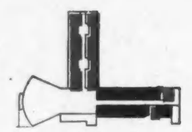
A CENTRES DE SANTÉ



1. CENTRE RURAL
Pour une agglomération de 30.000 habitants
Page 23



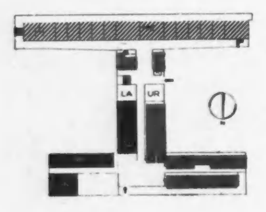
2. CENTRE MOYEN
Pour une agglomération de 60.000 habitants
Page 23



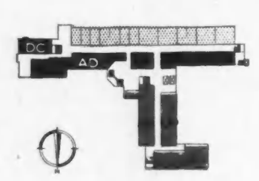
3. CENTRE URBAIN
Pour une agglomération de 100.000 habitants
Page 23

B HOPITAUX GENERAUX

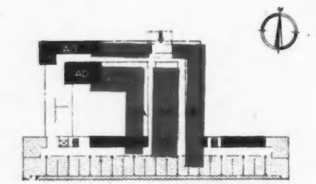
TYPE " HOPITAL D'ARRONDISSEMENT "



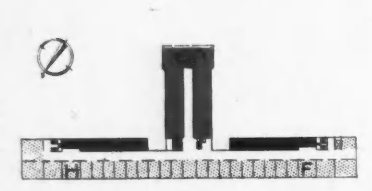
4. HOPITAL RURAL
50 lits — Page 36
Rez-de-chaussée



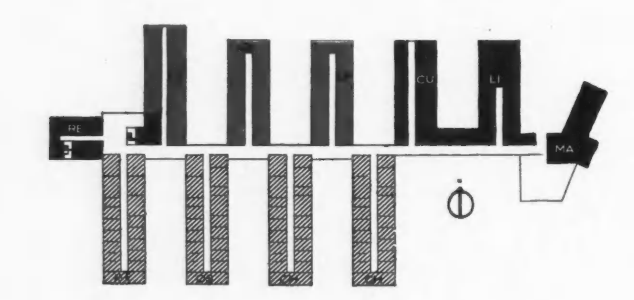
5. HOPITAL A SYLACAUGA
100 lits — Page 37
Rez-de-chaussée



6. HOPITAL « PRESBYTERIAN »
108 lits — Page 38
Rez-de-chaussée

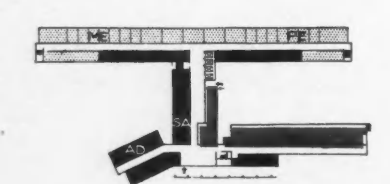


7. HOPITAL A COIRE
147 lits — Page 40
Etage courant

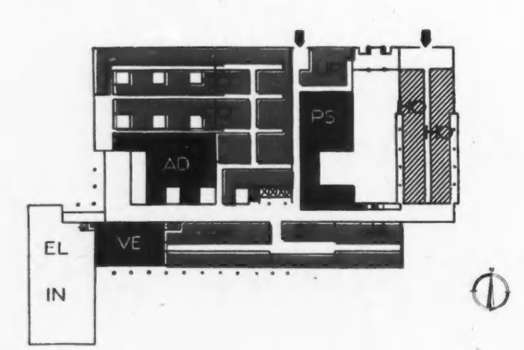


8. HOPITAL de BREMERTON
106 lits — Page 35
Rez-de-chaussée

TYPE " CENTRE HOSPITALIER "



9. HOPITAL DE DISTRICT
200 lits — Page 41
Rez-de-chaussée



10. HOPITAL DE SAINT-LO
400 lits — Page 42
Rez-de-chaussée

TYPE " CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL "

11. HOPITAL de CHURRUCA
500 lits — Page 58
Etage courant

12. HOPITAL DE MELBOURNE
700 lits — Page 52
Etage courant

13. HOPITAL A FORT - HAMILTON
1.000 lits — Page 48
Rez-de-chaussée

14. HOPITAL BEAUJON
1.000 lits
Rez-de-chaussée

15. HOPITAL SODER
1.200 lits — Page 45
Etage courant

16. HOPITAL SODER
Rez-de-chaussée Page 45

HOPIT

C

17. HOPITAL
UNIVERSITAIRE DE ZURICH

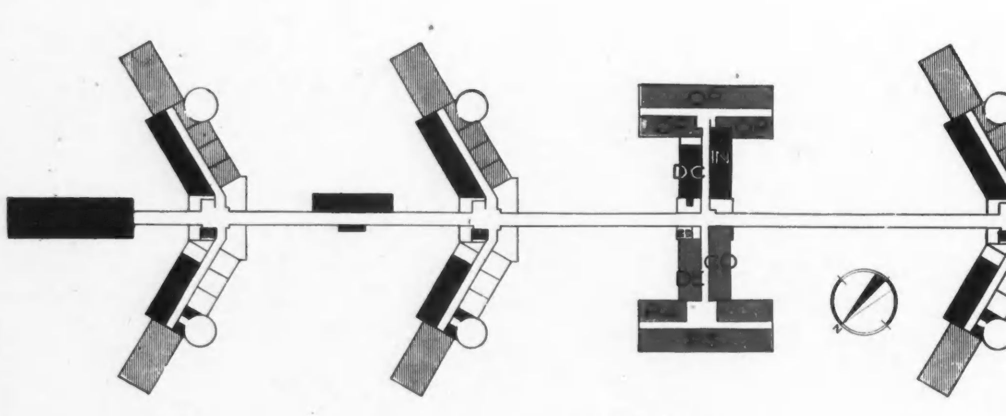
647 lits — Page 61
Etage courant

20. NEW - YORK MEDICAL
CENTER

1.200 lits
Etage courant

D

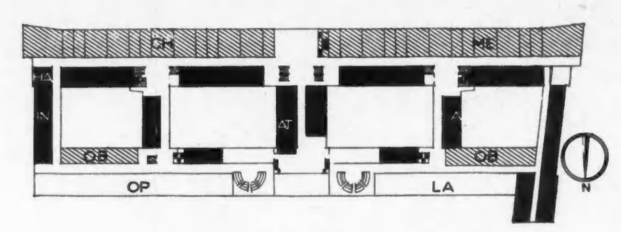
HOP



23. HOPITAL
DE WELFARE - ISLAND

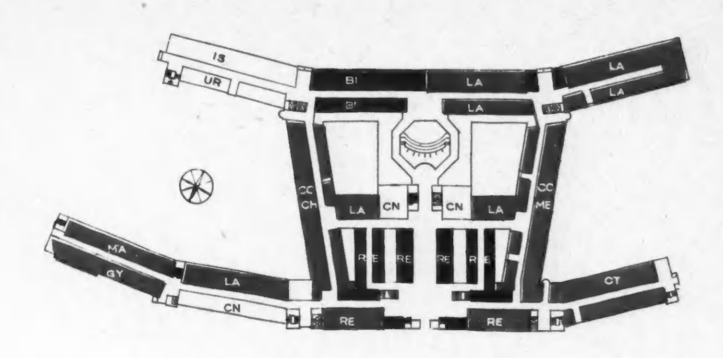
1.500 lits — Page 70
Etage courant

PITAUX ENSEIGNANTS



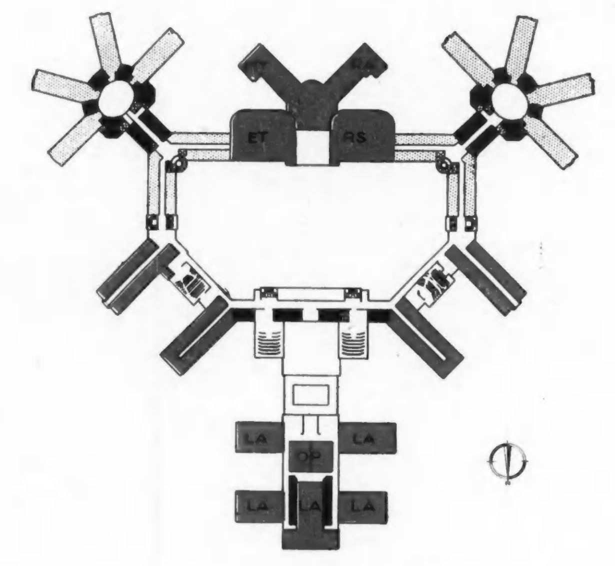
18. HOPITAL CANTONAL DE BALE

1.050 lits — Page 64
Etage courant



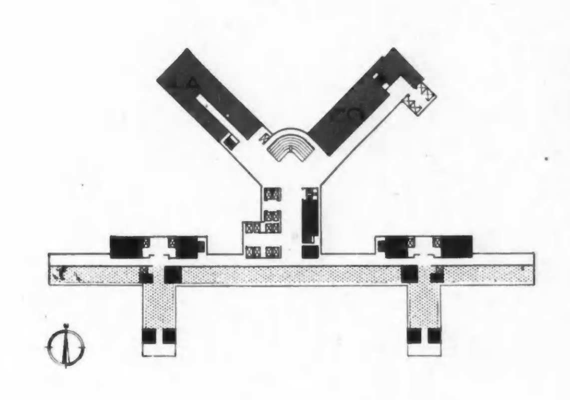
19. HOPITAL KAROLINSKA

1.050 lits — Page 68
Etage courant



21. CITE HOSPITALIERE A LILLE

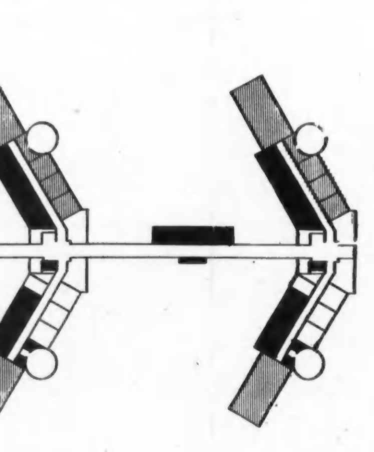
Projet Walter, Cassan, Madeline
1.700 lits



22. CITE HOSPITALIERE A LILLE

Projet Nelson
1.700 lits

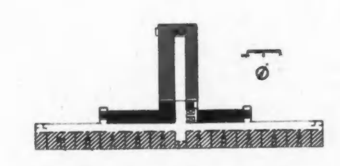
OPITAUX SPÉCIALISES

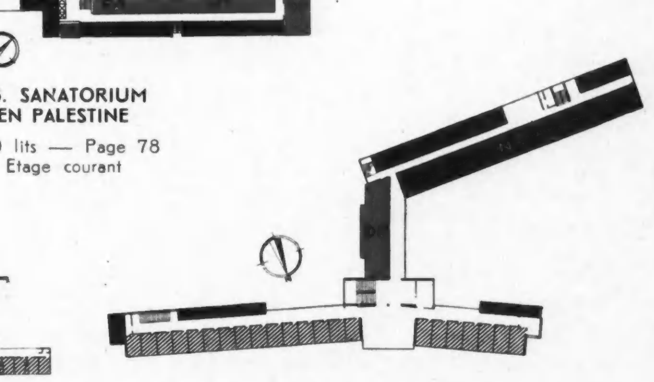




26. SANATORIUM EN PALESTINE

200 lits — Page 78
Etage courant





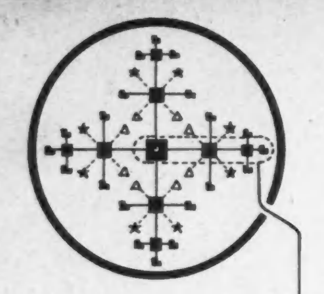
24. HOPITAL POUR TUBERCULEUX

100 lits — Page 76
Etage courant

25. SANATORIUM EN TCHECOSLOVAQUIE

200 lits — Page 80
Etage courant

PLAN DE COORDINATION DES SERVICES DE SANTÉ DES ÉTATS-UNIS



■ HOPITAL.
▙ CENTRE DE SANTÉ.
★ ÉTABLISSEMENT POUR MALADIES CHRONIQUES.
△ MAISON DE CURE ET DE REPOS.

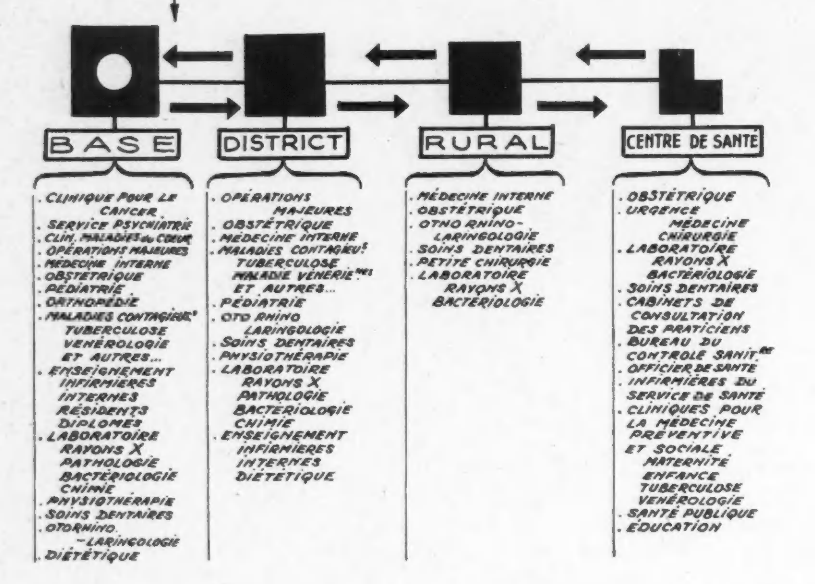
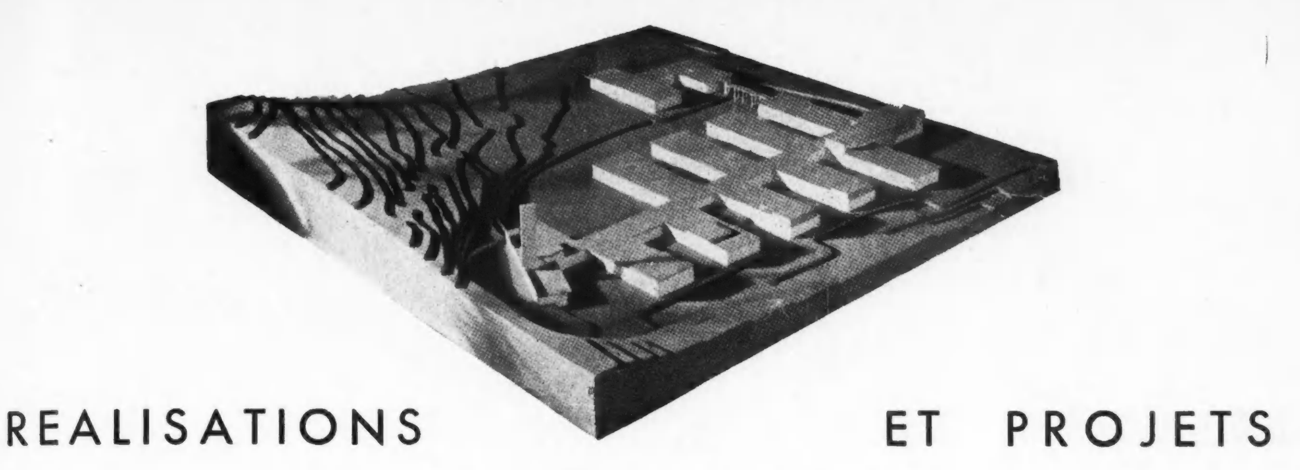


TABLEAU SCHEMATIQUE MONTRANT D'UNE FAÇON PARTICULIEREMENT CLAIRE LES FONCTIONS DES DIVERS BATIMENTS-TYPES

(EN BAS : TABLEAU ELABORE PAR LES SERVICES DE SANTE DES ETATS-UNIS.)

SURFACES ET POURCENTAGE DES SURFACES POUR LES DIVERS SERVICES DE L'HOPITAL GÉNÉRAL.

	50 LITS		100 LITS		150 LITS		200 LITS	
SERVICES ADMINISTRATIFS	Surfaces en m2	% de la surf. totale	Surfaces en m2	% de la surf. totale	Surfaces en m2	% de la surf. totale	Surfaces en m2	% de la surf. totale
Administration	174	6,8	245	5,6	293	4,8	350	4,5
Services spéciaux pour le personnel	54	2,1	88	2,0	123	2,0	408	2,0
Magasins centraux	109	4,2	208	4,8	310	5,1	154	5,3
TOTAL	337	13,1	541	12,4	726	11,9	912	11,8
SERVICES ADJOINTS DE DIAGNOSTIC ET DE THERAPEUTIQUE								
Pathologie	47	1,8	65	1,5	79	1,3	93	1,2
Radiologie	37	1,4	56	1,3	79	1,3	102	1,3
Métabolisme basal, Electro-cardiographie, Physio-thérapie	15	0,6	17	0,4	19	0,3	23	0,3
Pharmacie	17	0,7	35	0,8	52	0,8	60	0,8
TOTAL	116	4,5	173	4,0	229	3,7	278	3,6
SERVICES D'HOSPITALISATION								
Chambres de malades	813	31,5	1.631	37,6	2.426	39,8	3.245	42,0
Section opératoire	172	6,7	265	6,1	340	5,6	395	5,1
Obstétrique	90	3,5	107	2,5	155	2,5	160	2,1
Nursery	45	1,7	72	1,6	116	1,9	139	1,8
Urgence	42	1,6	48	1,1	57	0,9	59	0,7
TOTAL	1.162	45,0	2.123	48,9	3.095	50,7	3.993	51,7
SERVICES GENERAUX								
Régimes	217	8,4	309	7,1	390	6,4	470	6,1
Economat	115	4,5	165	3,8	211	3,5	258	3,3
Usine thermique	96	3,7	138	3,2	167	2,7	183	2,4
TOTAL	429	16,6	612	14,1	768	12,6	911	11,8
SURFACE RESERVEE A LA CIRCULATION	537	20,8	895	20,6	1.285	21,1	1.632	21,1
SURFACE TOTALE	2.580	100,0	4.344	100,0	6.103	100,0	7.731	100,0
SURFACE PAR LIT	52 m2		43 m2		41 m2		39 m2	



REALISATIONS ET PROJETS

HOPITAL A BREMERTON (États-Unis)

F. A. NARAMORE, GRAINGER, BRADY ET JOHNSON, ARCHITECTES

Cet hôpital, situé dans l'Etat de Washington, a été édifié durant la guerre pour les besoins de la défense nationale.

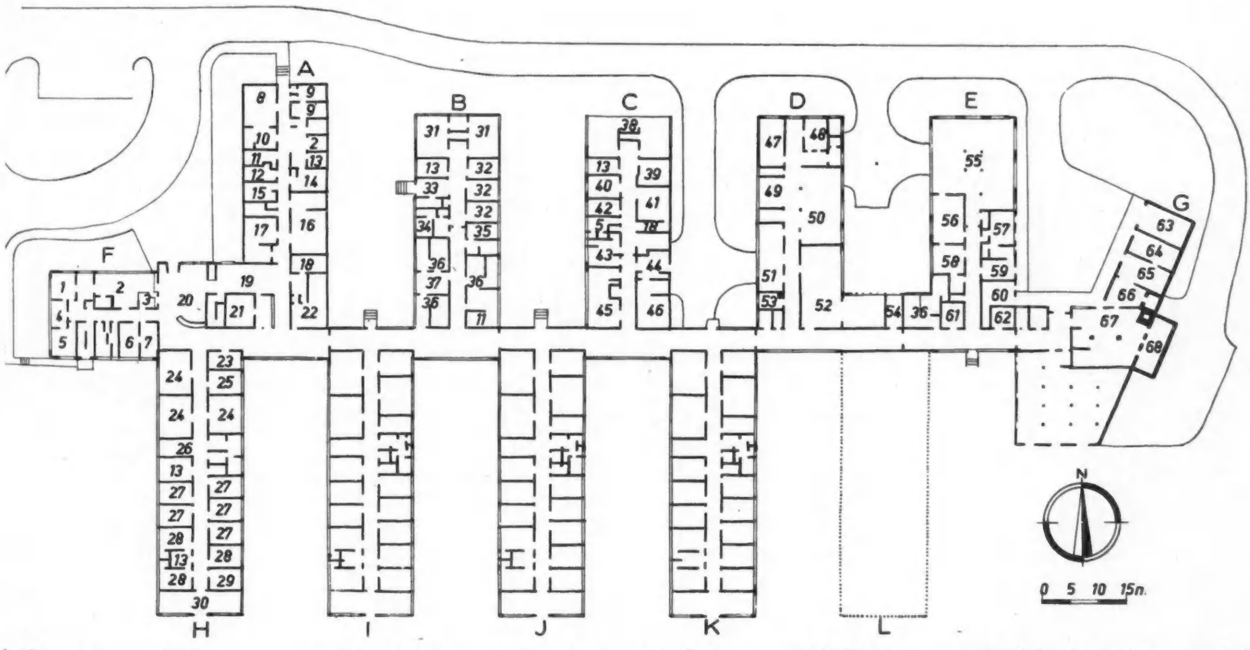
Le projet initial prévoyait un bloc de 6 étages en b. a., mais par suite des restrictions en matériaux on dût réaliser la construction en maçonnerie et en bois. Cette circonstance obligea les architectes d'adopter le système pavillonnaire.

L'établissement remplit les fonctions d'un centre de Santé et d'un hôpital municipal. Il comprend au total 106 lits.

Tous les pavillons sont à rez-de-chaussée, à l'exception du bâtiment d'administration qui comprend un étage.

L'organisation toute entière de l'hôpital est axé sur une galerie allant d'Est en Ouest. Les pavillons du côté Sud sont destinés à l'hospitalisation, ceux du côté Nord aux divers services : nous trouvons ainsi en allant d'Est en Ouest : l'administration, le centre de santé, la section opératoire, la cuisine et la buanderie.

Un bâtiment à part est réservé à l'habitation des infirmières de l'hôpital.



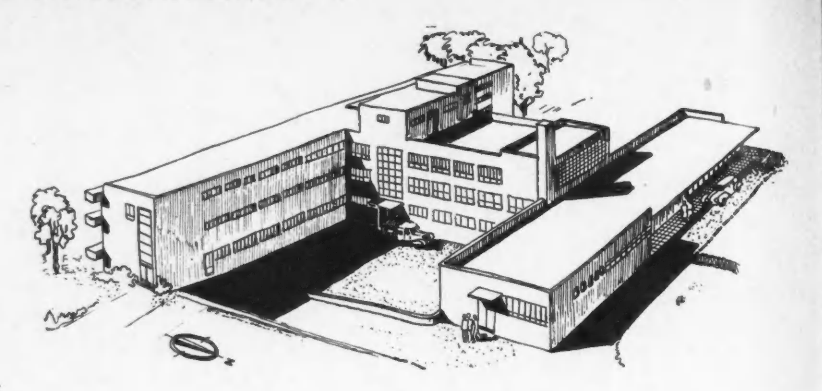
1. Directeur. — **2**. Bureau. — **3**. Informations. — **4**. Secrétaire. **5**. Directrice des nurses. — **6**. Service social. — **7**. Admission. — **8**. Démonstrations. — **9**. Dépôt. — **10**. Enfance. — **11**. Consultations pré-natales. — **12**. Médecin. — **13**. Bureau. — **14**. Chirurgie. **15**. Dentiste. — **16**. Laboratoire. — **17**. Pharmacie. — **18**. Radiologie. — **19**. Attente. — **20**. Hall. — **21**. Archives. — **22**. Radiologie. **23**. Vestiaire. — **24**. Chambre à quatre lits. — **25**. Pièce de ménage. — **26**. Poste d'infirmière. — **27**. Chambre à 2 lits. **28**. Chambre à un lit. — **29**. Isolement. — **30**. Solarium. — **31**. Accouchement. — **32**. Travail. — **33**. Poste d'infirmière. — **34**. Docteur. — **35**. Isolation. — **36**. Nursery. — **37**. Examen. — **38**. Opérations. — **39**. Petite Chirurgie. — **40**. Systoscopie. — **41**. Mise en plâtre. — **42**. Dépôt pour anesthésiques.

43. Docteurs. — **44**. Réception. — **45**. Salle de stérilisation centrale. **46**. Urgences. — **47**. Réserves. — **48**. Viande. — **49**. Régimes. **50**. Cuisine. — **51**. Econome. — **52**. Restaurant. — **53**. Lavage. **54**. Salle de repos. — **55**. Lingerie. — **56**. Dépôt de linge. — **57**. Femmes. — **58**. Econome. — **59**. Hommes. — **60**. Morgue. **61**. Matelas. — **62**. Archives décès. — **63**. Garage. — **64**. Entretien. **65**. Charpentier. — **66**. Incinération. — **67**. Chaufferie. — **68**. Charbon.

A. Centre de Santé. — **B**. Obstétrique. — **C**. Chirurgie. — **D**. Cuisine. — **E**. Lingerie. — **F**. Administration. — **G**. Service. — **H**. Hospitalisation Médecine. — **I**. Hospitalisation Maternité. — **J**. Hospitalisation Chirurgie. — **K**. Hospitalisation Chirurgie. — **L**. Extension future.

HOPITAL POUR 50 LITS

BUREAUX DE CONSTRUCTION DU SERVICE DE SANTE DES ETATS - UNIS



VUE PERSPECTIVE

Les plans pour un Hôpital rural élaborés par le Bureau fédéral de la Santé des Etats-Unis, sont appelés à servir de modèle pour la construction de petits Hôpitaux, situés de préférence dans des agglomérations rurales. Il n'est pas sans intérêt de noter ici qu'une statistique récente a révélé que 60 % des Hôpitaux aux Etat.-Unis font partie de cette catégorie.

L'Hôpital-type comprend un service de chirurgie, de médecine et de maternité; un centre de santé fait partie intégrante de l'établissement et certaines facilités de diagnostic et de traitement (radiologie, laboratoires, physiothérapie), sont utilisées en commun par les malades hospitalisés ou non.

Nous trouvons au **sous-sol** les services généraux (cuisine, lingerie, vestiaire du personnel, garages, etc.). Au **rez-de-chaussée**, l'administration, les bureaux de contrôle sanitaire, le dispensaire, le centre de diagnostic et des salles de traitement destinées à la clientèle de l'Hôpital, en même temps qu'à celle du centre de santé. L'hospitalisation pour la médecine générale se trouve également au rez-de-chaussée, tandis que les services de maternité et de chirurgie avec salles d'opérations et d'accouchement sont situés au **premier étage**.

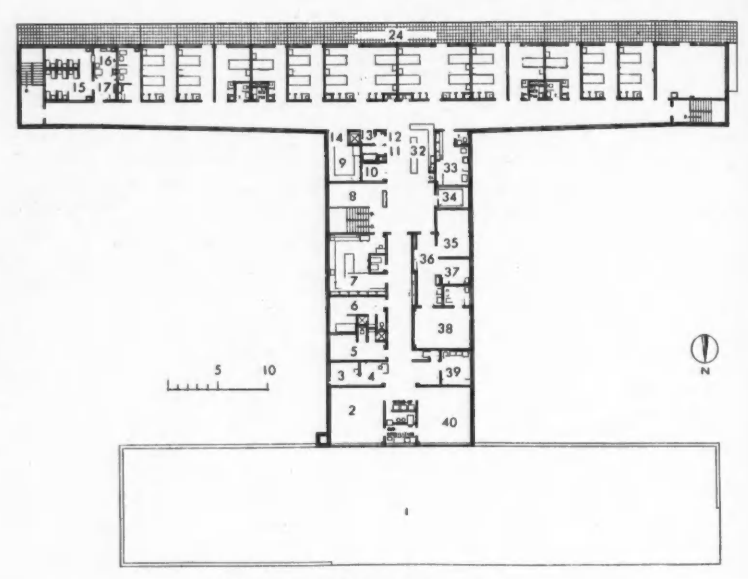
Le plan en forme de « H » établit une séparation très nette entre les divers services, tout en maintenant un rapport organique entre les principaux éléments de l'ensemble.

Premier étage.

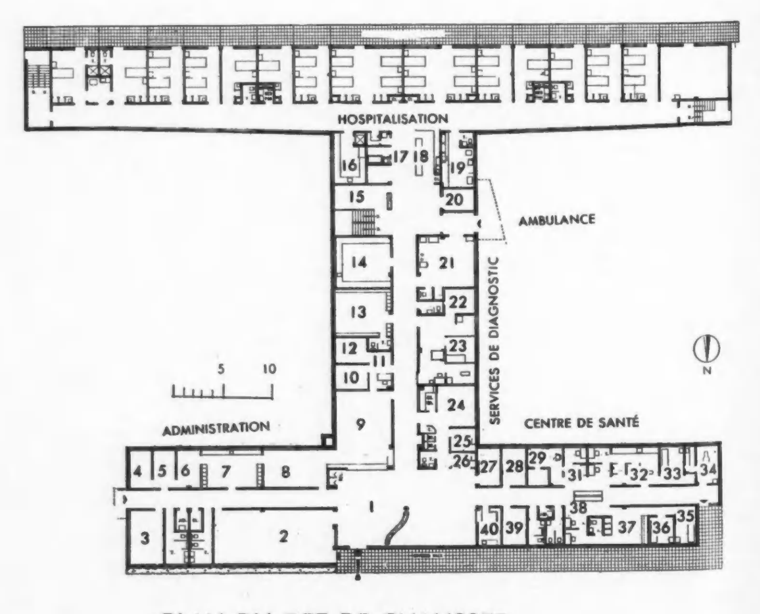
1. Toiture-terrasse. — **2.** Opération. — **3.** Matériel pour anesthésie. — **4.** Surveillance. — **5.** Vestiaire des infirmières. — **6.** Vestiaire des docteurs. — **7.** Stérilisation. — **8.** Visiteurs. — **9.** Salle de travail des infirmières. — **10.** Brancards. — **11.** Bains. — **12.** Chute de linge sale. **13.** Lingerie. — **14.** Monte-charge. — **15.** Nursery. — **16.** Examen. — **17.** Pièce de travail pour les infirmières. — **24.** Balcon. — **32.** Poste d'infirmières. — **33.** Pièce de ménage. — **34.** Ascenseur. — **35.** Salle de travail. — **36.** Instruments. — **37.** Salle de nettoyage. — **38.** Salle d'accouchement. — **39.** Salle de nettoyage. **40.** Opération.

Rez-de-chaussée.

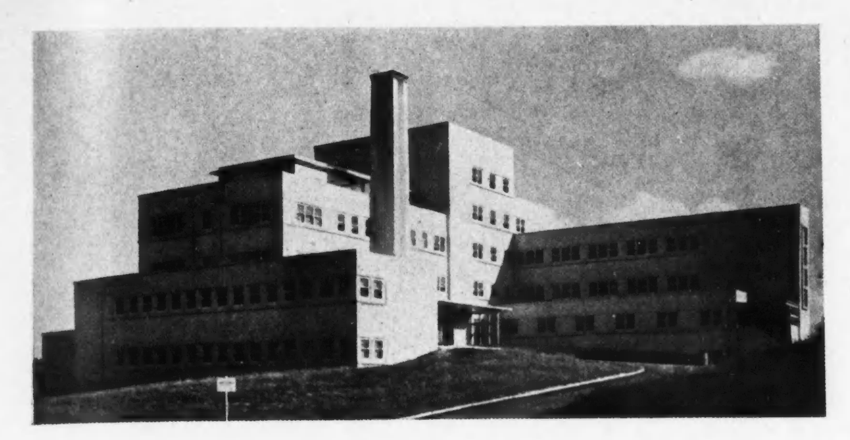
1. Attente. — **2.** Salle de réunion et de conférences. — **3.** Ingénieurs sanitaires. — **4.** Officier de santé. — **5.** Secrétaire. — **6.** Infirmière-chef. — **7.** Infirmières-visiteuses. — **8.** Archives. **9.** Bureau. — **10.** Administrateur. — **11.** Secrétaire. — **12.** Directrice des infirmières. — **13.** Salle de travail des infirmières. — **17.** Bains. — **18.** Poste des infirmières. — **19.** Pièce de ménage. — **20.** Ascenseur. — **21.** Interventions d'urgence. — **22.** Metabolisme basal. — **23.** Physiothérapie. — **24.** Rayons X. — **25.** Docteur. — **26.** Renseignements. — **27.** Service social. — **28.** Hygiène mentale. — **29.** Oto-rhino-laryngologie. — **30.** Chambre noire. — **31.** Docteur. — **32.** Maladies vénériennes. — **33.** Examen. — **34.** Soins dentaires. — **35-36.** Examen. — **37.** Salle de traitement. — **38.** Attente. — **39.** Bureau. — **40.** Pharmacie.



PLAN DU PREMIER ETAGE



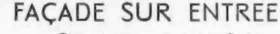
PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

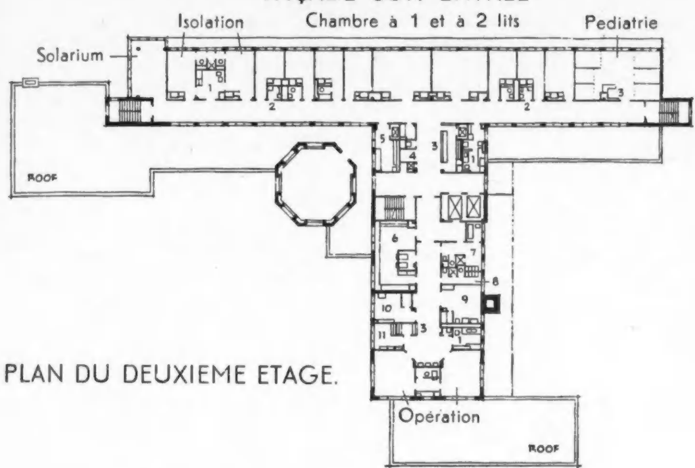


HOPITAL A SYLACUAGA

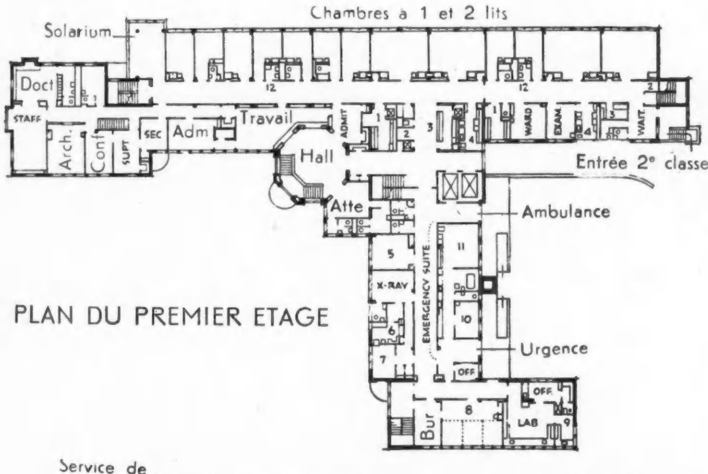
(Etats-Unis)

CHARLES H. Mc CAULEY,
ARCHITECTE

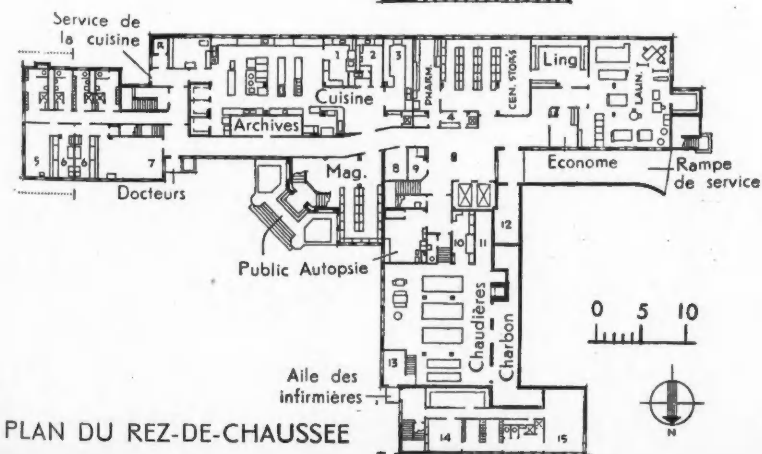




PLAN DU DEUXIEME ETAGE.



PLAN DU PREMIER ETAGE



PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

Cet Hôpital, de dimension restreinte, peut être considéré comme l'un des premiers aux Etats-Unis dont le plan et les dispositions générales ont été conçus dans un esprit fonctionnel. Nous trouvons une séparation très nette entre services d'hospitalisation et services de diagnostic et de thérapeutique. Ces derniers sont dans un corps de bâtiment perpendiculaire à l'aile d'hospitalisation, orientée elle-même vers le Sud, et à l'écart des bruits du trafic.

Chaque unité de soins est composée de chambres de 1, 2 ou 4 lits; elle est pourvue des locaux annexes placés dans la partie centrale du bâtiment (à l'intersection des deux branches du « T »). Cette disposition permet d'obtenir un couloir éclairé directement et facilite dans une large mesure la ventilation des chambres de malades.

Nous trouvons au **rez-dechaussée** les services généraux; au **premier étage**, les services de réception et d'urgence, l'administration et l'hospitalisation pour la médecine générale; au **deuxième**, la chirurgie; au **troisième**, la maternité.

Deuxième étage.

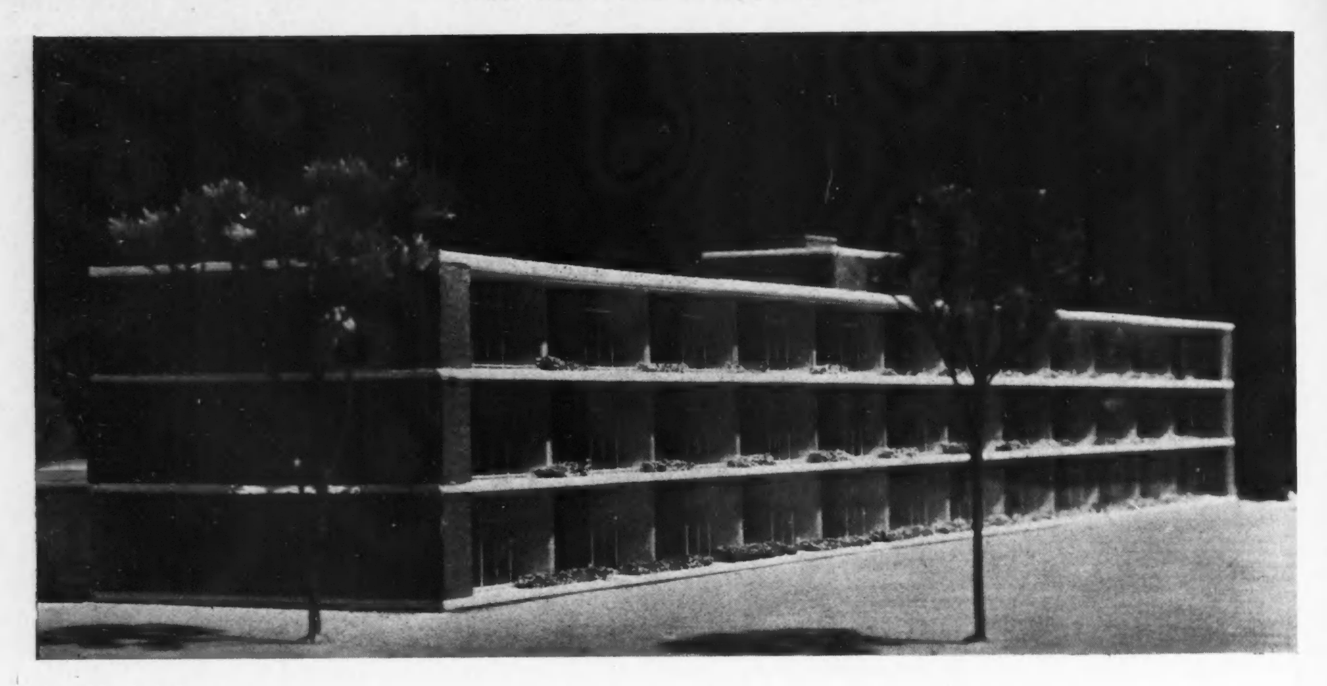
1. Pièce de ménage. — **2.** Bassins. — **3.** Poste d'infirmières. — **4.** Brancards. — **5.** Réserves.. — **6.** Salle de stérilisation. — **7.** Docteurs. — **8.** Infirmière. — **9.** Fractures. — **10.** Traitement. — **11.** Salle d'anesthésie.

Premier étage.

1. Salle de travail des infirmières. — **2.** Brancards. **3.** Poste des infirmières. — **4.** Pièce de ménage. **5.** Diathermie. — **6.** Chambre noire. — **7.** Examen des radios. — **8.** Thérapie physique. — **9.** Stérilisation. — **10.** Observation. — **11.** Opération:. — **12.** Lave-bassins.

Rez-de-chaussée.

1. Cuisine pour régimes. — **2.** Préparation des ordonnances. — **3.** Pharmacie. — **4.** Bureau. — **5.** Restaurant deuxième classe. — **6.** Service. — **7.** Restaurant première classe. — **8.** Accumulateurs. **9.** Linge sale. — **10.** Entretien. — **11.** Commutateur. — **12.** Transformateur. — **13.** Ingénieur. **14.** Salle de séjour. — **15.** Salle de repos des infirmières.



FAÇADE PRINCIPALE.

HOPITAL POUR UNE PETITE VILLE

(ETATS - UNIS)

ARCHITECTES : OWENS SKIDMORE ET MERRILL

Cet hôpital sera édifié à proximité d'une petite ville et remplacera un des établissements de la locailté devenu impropre au service. Il contiendra 108 lits.

Le plan apporte des solutions inédites aux divers problèmes d'organisation et de distribution des services d'un établissement type « hôpital d'arrondissement ». Tous les services de diagnostic et de thérapeutique sont situés au rez-de-chaussée, y compris les salles d'opérations. Les malades venant uniquement pour consultations n'ont pas ainsi à pénétrer dans les divers étages du bâtiment.

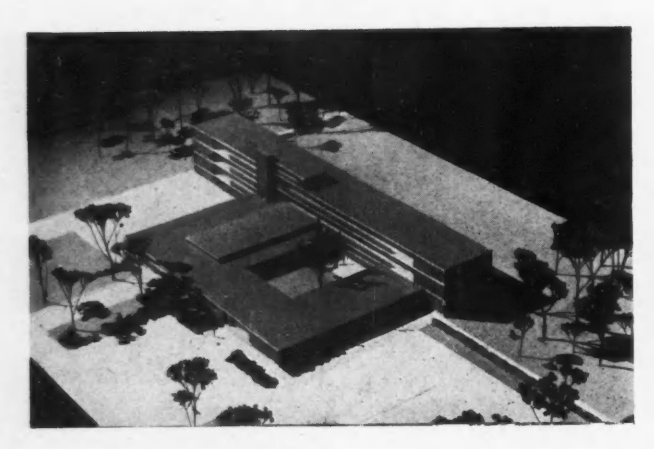
L'installation des salles d'opérations au rez-de-chaussée facilite la liaison des services opératoires avec les services complémentaires de diagnostic et de thérapeutique, et avec le service d'urgence.

Actuellement beaucoup de spécialistes américains préconisent cette disposition des salles d'opérations, même pour des établissements plus importants.

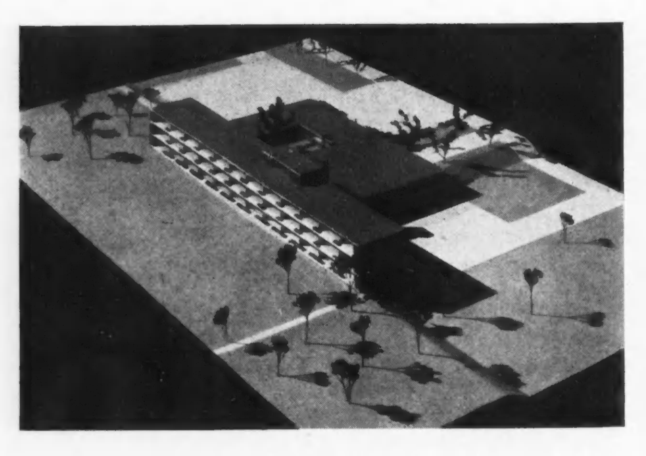
Les services d'hospitalisation de médecine générale sont installés au premier étage, ceux de la maternité et la nursery au dernier étage.

Les architectes ont prévu l'extension possible de l'hôpital en prolongeant de chaque côté l'aile d'hospitalisation. La cuisine et la buanderie ont été prévues pour répondre aux besoins de 200 malades (contre 108 en service normal).

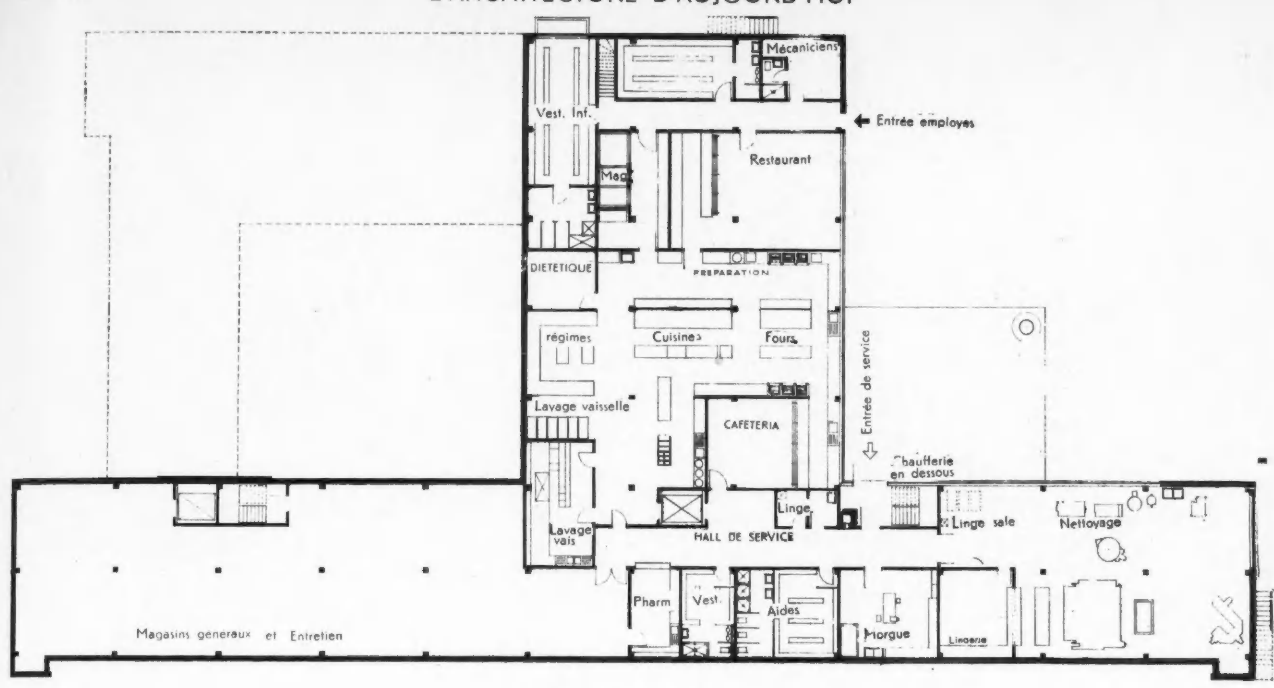
Tant au point de vue de l'organisation intérieure que de l'aspect extérieur, l'hôpital de Sylacauga peut servir de modèle pour bien des établissements de ce genre. La concentration des services de diagnostic et de thérapeutique dans une « cellule technique » homogène et la quasi indépendance du bloc hospitalisation constituent un exemple remarquable d'organisation fonctionnelle.



VUE D'ENSEMBLE COTE ENTREE.



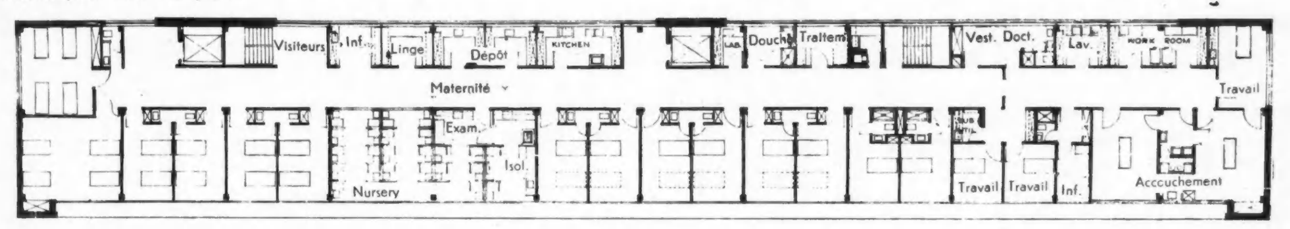
VUE D'ENSEMBLE COTE HOSPITALISATION.



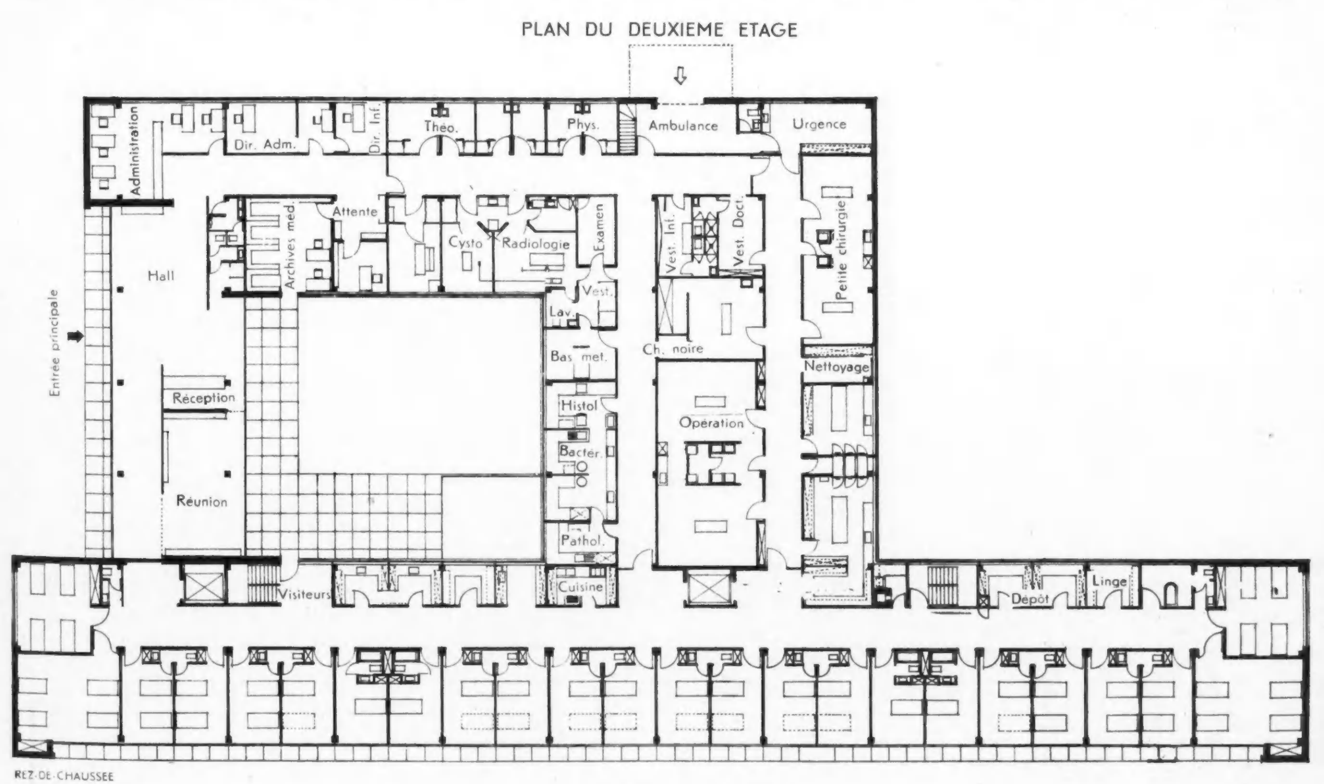
PLAN DU SOUS-SOL

0 5 10

Echelle pour tous les plans.



PLAN DU DEUXIEME ETAGE



PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

HOPITAL CANTONAL ET RÉGIONAL DE COÏRE

(SUISSE)

FRED G. BRUN
ET R. GABEREL
Architectes



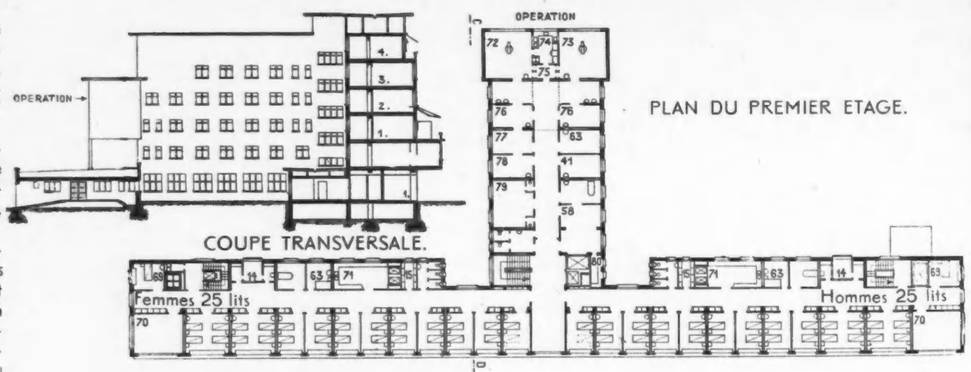
L'établisseemnt est appelé à compléter les Hôpitaux régionaux du canton (au nombre de 10, ainsi que ceux de la ville de Coïre, au nombre de 4, totalisant 823 lits de malades). Il servira en même temps d'Hôpital régional de la ville de Coïre.

Le programme de l'Hôpital comporte un service de médecine générale (52, lits), de dermatologie (3 lits), de chirurgie (52 lits), de tuberculeux (26 lits), et un service privé (14 lits). Au total, 147 lits.

Ceux-ci sont réunis dans un bâtiment principal qui pourrait être agrandi de façon à contenir encore 187 lits supplémentaires, donc un total de 322 lits.

Au premier sous-sol, nous trouvons l'économie et les services généraux. Le rez-de-chaussée est aménagé en polyclinique. A la droite de l'entrée se trouve l'administration; à sa gauche, les salles médicales de la direction; au Sud, les appartements des assistants, les salles de physiothérapie et d'électrothérapie, les installations radiologiques.

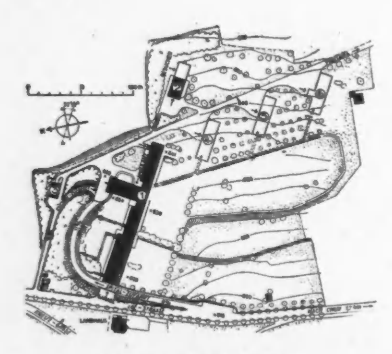
Aux étages, sont situés les chambres des malades, avec services de thérapie correspondant (opération, accouchement). Au premier, les services de médecine; au deuxième, ceux de chirurgie; au troisième, une section de gynécologie et de tuberculeux; au quatrième, une section privée. Chaque étage comprend deux unités de soins, une pour hommes et une pour femmes.



COUPE TRANSVERSALE.

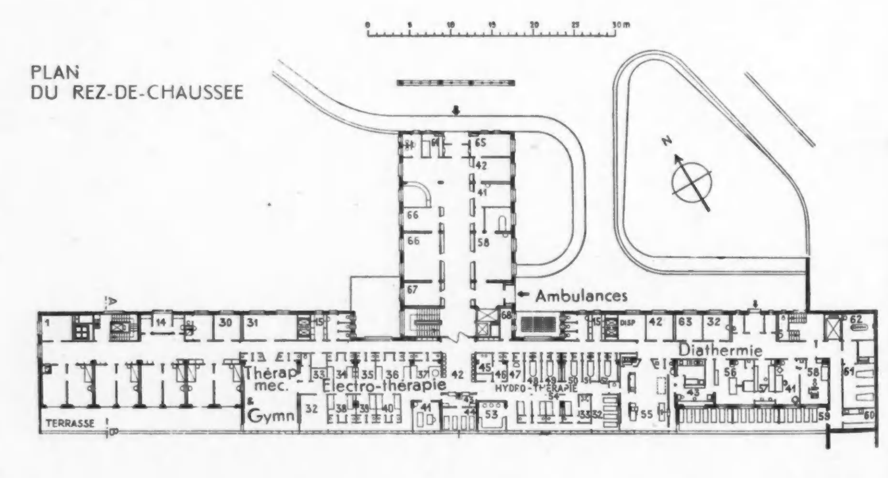
PLAN DU PREMIER ETAGE.

Légende commune pour les deux étages.
1. Salle à manger. — **14.** — Balcon. — **15.** Linge propre. — **30.** Débarras. — **31.** Magasin pour la pharmacie. — **32.** Salle de repos. — **33.** Douches. — **34.** Air chaud partiel. — **35.** Bains à 4 cellules. — **36.** Electro-thérapie et haute fréquence. — **37.** Infra-rouge. — **38.** Infra-rouge partiel. — **39.** Lampe sollux.. — **40.** Diathermie. — **41.** Médecin. — **42.** Attente. — **43.** Personnel. — **44.** Solarium. — **45.** Inhalation. — **46.** Bains de bras et de jambes. — **47.** Bains de siège. — **48.** Bains « Gaertner ». — **49.** Bains d'acide carbonique. — **50.** Bains de sole. — **51.** Bains « Stanger ». — **52.** Bains de soufre. — **53.** Préparation de boue. — **54.** Bains de boue. — **54.** Bains de boue et massages. — **55.** Radio-diagnostic. — **56.** Thérapie profonde. — **57.** Négatoscopes. — **58.** Examen. — **59.** Solarium pour tuberculeux. — **60.** Chambre noire. — **61.** Chambre mortuaire. — **62.** Autopsie. — **63.** Sœur. — **64.** Concierge. — **65.** Sœur supérieure. — **66.** Administration. — **67.** Pharmacie. — **68.** Brancards. — **69.** Isolement. — **70.** Salle de séjour. — **71.** Tisanerie et régimes. — **72.** Opérations septiques. — **74.** Stérilisation. — **75.** Préparation. — **77.** Plâtres. — **78.** Pansements. — **79.** Urologie. — **80.** Laboratoire.



PLAN DE SITUATION.

1. Bâtiment principal.
2. Isolement contagieux.
3. Morgue.
4-5-6. Agrandissements futurs.



PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

HOPITAL DE 200 LITS

(DISTRICT HOSPITAL)

BUREAU DE CONSTRUCTION
DES SERVICES DE SANTE
DES ETATS - UNIS

Cet Hôpital-type, dont les plans ont été établis par le Bureau fédéral de la Santé des Etats-Unis, fournit un exemple concret de ce que le plan de santé américain appelle « l'Hôpital de district ». Cet établissement situé de préférence dans une grande agglomération urbaine, doit pouvoir offrir à sa clientèle toutes les facilités de consultation et de traitement. Un dispensaire, ainsi qu'un certain nombre de cabinets de consultation font partie intégrante de l'établissement.

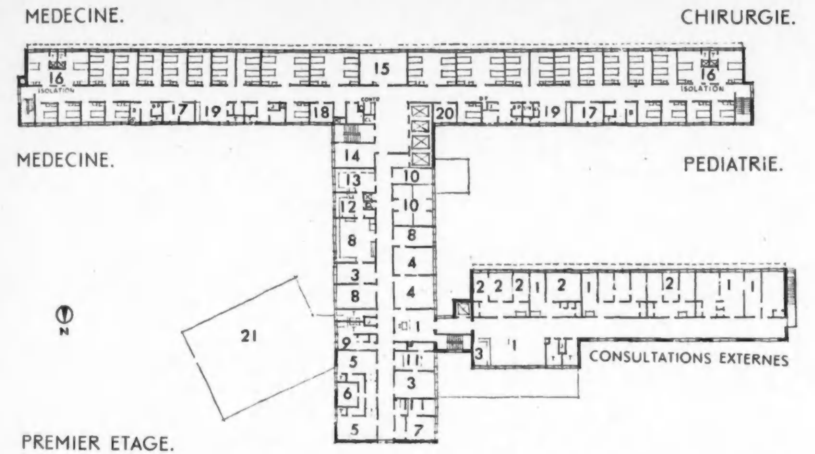
L'hôpital comprend au **sous-sol** les services généraux; au **rez-de-chaussée** l'administration, le centre de santé, l'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie; au **premier étage** un centre de diagnostic (cabinets de consultation pour spécialistes de la localité), les services complémentaires de diagnostic et de thérapeutique, l'hospitalisation pour la médecine et la chirurgie; au **deuxième** la section opératoire et l'hospitalisation pour la chirurgie; au **troisième** la maternité et au **quatrième** des habitations pour les internes de l'hôpital.

L'aile d'hospitalisation à chaque étage comprend deux unités de soins. Les chambres des malades sont situées sur le côté Sud, tandis que le côté opposé est réservé en grande partie aux locaux de service.

L'Hôpital doit pouvoir offrir un diagnostic et un traitement aux divers cas relevant de l'obstétrique, de la chirurgie, de la médecine interne, de l'oto-rhino-laryngologie et de la pédiatrie.

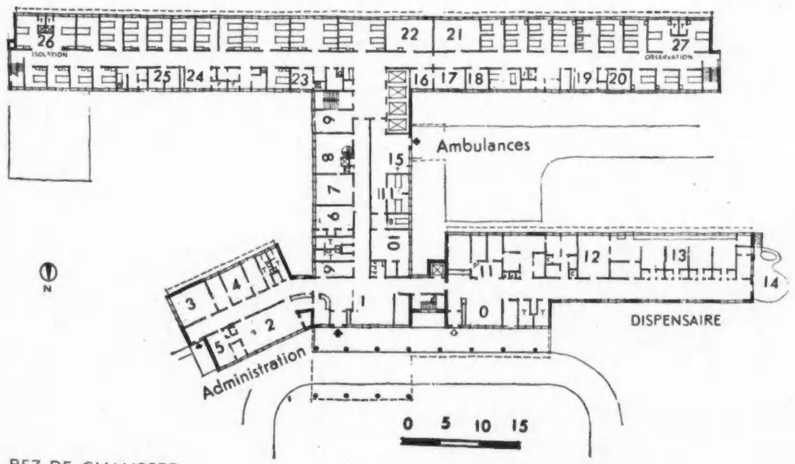
Les maladies contagieuses ordinaires rentrent également dans sa compétence; la T.B.C. et les maladies vénériennes peuvent y recevoir un début de traitement.

Il est bien entendu que les plans-types en question sont faits pour servir de modèle aux futures réalisations. En outre, les normes établies en ce qui concerne l'organisation des divers services doivent être interprétées comme des exigences minima.



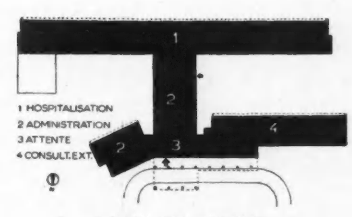
PREMIER ETAGE.

1. Attente. — **2.** Examen. — **3.** Examen des négatifs. — **4.** Pharmacie. — **5.** Préparation des ordonnances. — **6.** Chambre noire. — **7.** Thérapie. — **8.** Laboratoire. — **9.** Soins dentaires. — **10.** Physiothérapie. — **11.** Pièce de réserve pour films neufs. — **12.** Stérilisation. — **13.** Bactériologie. — **14.** Visiteurs. — **15.** Solarium. — **16.** Isolation. — **17.** Pièce pour matériel de ménage. — **18.** Salle de travail de l'infirmière. — **19.** Poste de l'infirmière. — **20.** Salle de traitement.

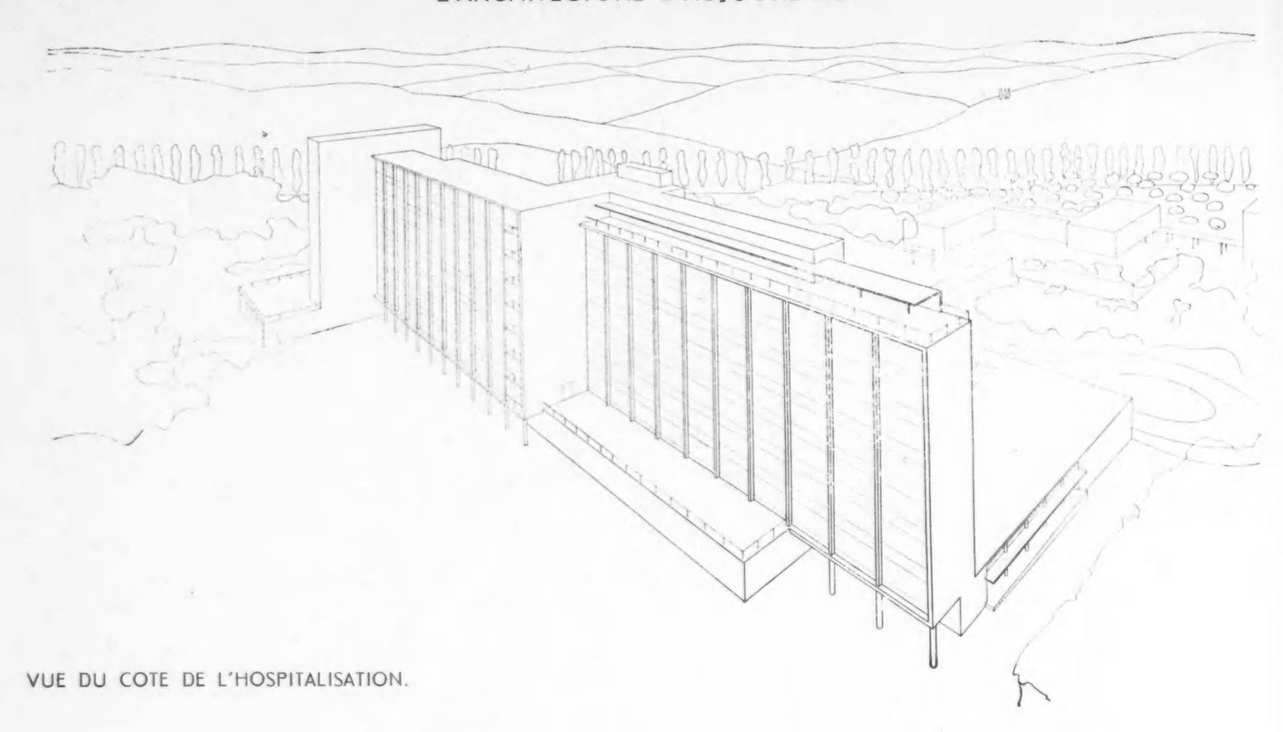


REZ-DE-CHAUSSEE.

1. Hall. — **2.** Comptabilité. — **3.** Administration. — **4.** Directrice des infirmières. — **5.** Directeur commercial. — **6.** Salle des docteurs. — **7.** Bibliothèque. — **8.** Archives. **9.** Admission. — **10.** Question d'urgence. — **11.** Service social. — **12.** Chirurgie. — **13.** Boxes d'examen. — **14.** Terrasse. — **15.** Bureau. — **16.** Consultation. — **17.** Traitement. — **18.** Réserves. — **19.** Dégagement.



PLAN DE MASSE
AU NIVEAU DU PREMIER ETAGE



VUE DU COTE DE L'HOSPITALISATION.

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-LO

ARCHITECTES : NELSON, GILBERT, MERSIER ET SEBILLOTTE

I. — PROGRAMME GENERAL ET PLAN D'ENSEMBLE

PROGRAMME GENERAL

L'Hôpital de SAINT-LO, complètement détruit au cours de la libération de la ville, comportait avant la guerre une partie hospice pour les vieillards et pour les enfants, pupilles de l'Assistance publique.

Le programme d'ensemble de reconstruction comprend donc, en dehors de l'hôpital proprement dit, un hospice pour vieillards et enfants avec une communauté pour les religieuses qui le gèrent.

Ces deux groupes formant un tout car les services généraux sont prévus pour l'ensemble.

Importance de l'hôpital.

En concordance avec le plan national de rééquipement hospitalier du Ministère de la Santé publique, **le nouvel hôpital serait un centre hospitalier départemental.** Il desservirait donc, en plus des besoins de la ville de Saint-Lô, une population d'environ 70.000 habitants.

Le nombre de lits prévu est en conséquence de 384. Ce chiffre peut sembler en-dessous des normes officielles qui prévo'ent 5 à 8 lits de malades aigus pour 1.000 habitants. Il serait cependant suffisant s'il pouvait êre consacré uniquement aux malades aigus et si un centre de convalescents et chroniques d'une centaine de lits était construit pour le compléter Cette solution permettait d'ailleurs un fonctionnement rationnel de l'hôpital avec le plus grand rendement possible.

PLAN D'ENSEMBLE.

a) **Groupe Hôpital.**

1. Entrée principale des visiteurs, malades et personnel professionnel.
2. Parking.
3. Hôpital.
4. Maison et école pour infirmières.
5. Services généraux.
6. Entrée des malades en ambulances.
7. Entrée du personnel.
8. Entrée des malades contagieux.
9. Cour de service, accès au sous-sol.

b) **Groupe Hospice.**

10. Hospice des vieillards.
11. Foyer départemental des pupilles de l'Etat.
12. Communauté avec chapelle.

Site.

Le terrain envisagé est situé au Sud-Ouest de Saint-Lô, à environ 1.200 mètres du centre de la ville. Il est attenant à la route nationale n° 799 de Saint-Lô à Avranches. Sa contenance est de 12 ha. 90 env.

Conditions climatologiques.

Le climat, comme celui de toute la Normandie, est humide. La région est assez fortement ventée, avec prédominance de vents du Sud-Ouest et d'Ouest.

PLAN D'ENSEMBLE

Implantation dans le terrain.

Le Bloc-Hôpital est disposé de manière à présenter au Sud, donc au soleil, le développement de sa façade et à avoir un accès facile sur la route de Saint-Lô.

Son implantation laisse libre, au Sud du terrain, un grand espace de verdure qui sera aménagé en parc de promenade pour les malades, et dont ils auront la vue de leurs chambres orientées au Sud.

Une cour de service dessert de plain-pied le sous-sol du bâtiment et sépare le bloc-hôpital des hospices, qui se situent derrière, dans la partie Nord du terrain, le long de la route de Saint-Lô dont un verger les sépare.

Les hospices sont situés au Nord de l'Hôpital, à proximité de la route de Saint-Lô, permettant aux vieillards un chemin plus court pour aller en ville.

Au Nord-Est de ces hospices et près d'eux, sont la communauté des Sœurs et la Chapelle (cette situation permet aux sœurs d'être à côté des enfants et des vieillards); la Chapelle qui leur est destinée dessert bien les Hospices et l'Hôpital, ainsi que la paroisse avoisinante, sans gêner le bloc hospitalier.

Les hospices ont leur parc particulier pour les vieillards et les enfants; un potager relie ce parc à celui de l'Hôpital.

Au Sud-Ouest du bloc-Hôpital et près de la route, se situent les bâtiments pour le logement du personnel, une entrée particulière et jardin aménagé.

A l'Est du bloc-Hôpital, se trouvent la centrale thermique avec accès sur voie secondaire, le poste de transformation électrique et la stat'on de pompage et réservoirs. Cette implantation est choisie en fonction :

1° des vents dominants qui viennent de l'Ouest et Sud-Ouest éloignant ainsi du bloc-Hôpital les odeurs et les fumées;

2° de la voie secondaire pour avoir un accès direct du combustible.

A la pointe Nord du terrain se trouve la station d'épuration de toutes les eaux usées; situation imposée par la configuration du terrain et de son relief, dont c'est le point le plus bas et le plus près de l'égout collecteur.

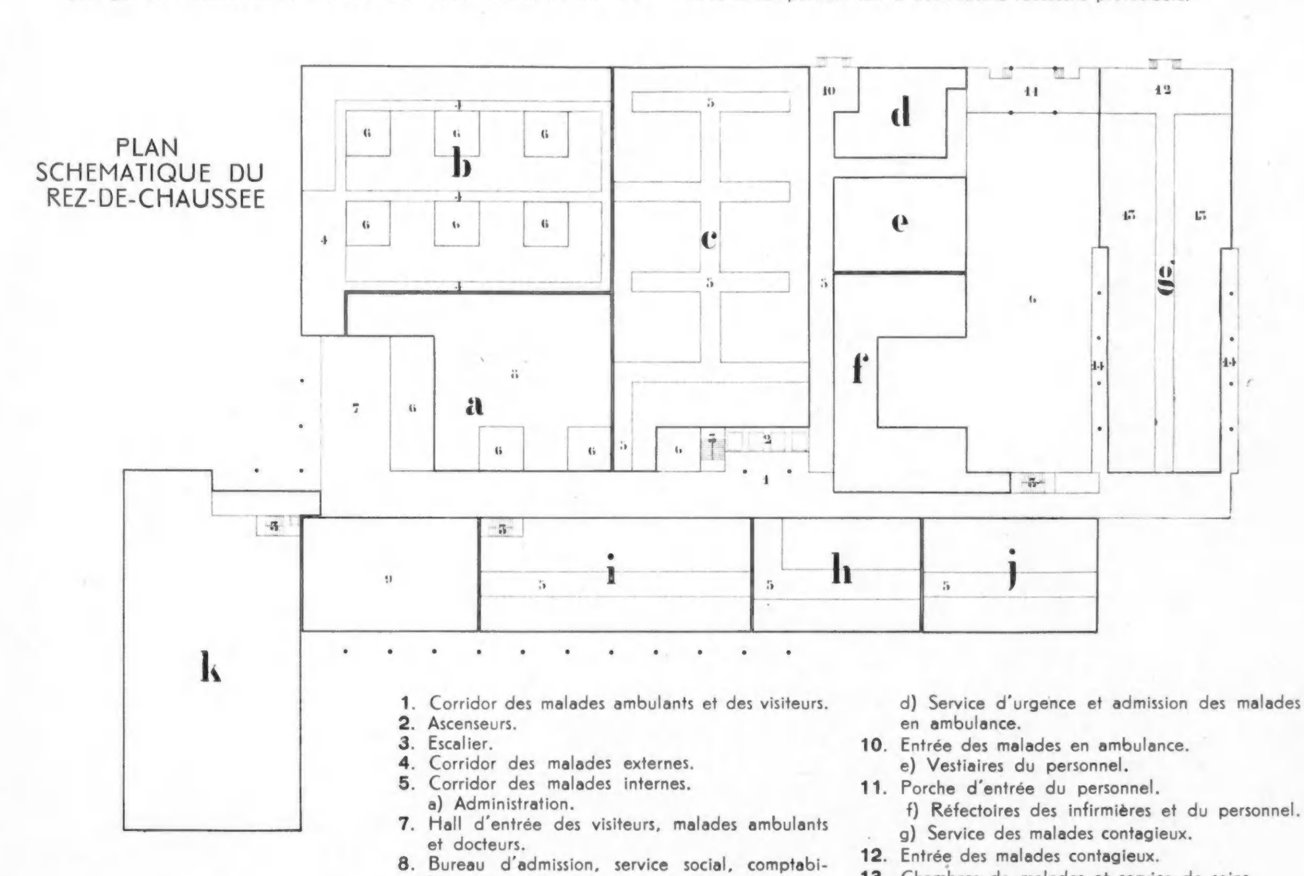
II. — BLOC-HOPITAL

ORIENTATION

L'orientation de l'Hôpital a été étudiée en tenant compte des deux facteurs suivants :

— faire profiter les malades du maximum de soleil qui n'est jamais une gêne dans cette région;
— protéger les chambres des malades des vents dominants du Sud-Ouest et d'Ouest.

D'où la disposition générale du bâtiment en longueur, avec les chambres en façade Sud, et protection des vents par l'écran d'un bâtiment à angle droit et un décalage au centre de l'Hôpital pour que toute la composition forme des redents successifs protecteurs.



PLAN SCHEMATIQUE DU REZ-DE-CHAUSSEE

1. Corridor des malades ambulants et des visiteurs.
2. Ascenseurs.
3. Escalier.
4. Corridor des malades externes.
5. Corridor des malades internes.
a) Administration.
7. Hall d'entrée des visiteurs, malades ambulants et docteurs.
8. Bureau d'admission, service social, comptabilité, etc.
9. Vestiaire, bibliothèque, salle de conférences docteurs, fichier médical central.
b) Institut de diagnostic.
c) Services complémentaires de diagnostic et traitement.
d) Service d'urgence et admission des malades en ambulance.
10. Entrée des malades en ambulance.
e) Vestiaires du personnel.
11. Porche d'entrée du personnel.
f) Réfectoires des infirmières et du personnel.
g) Service des malades contagieux.
12. Entrée des malades contagieux.
13. Chambres de malades et service de soins.
14. Galerie extérieure des visiteurs.
h) Préparation et stérilisation pour opérations et accouchements.
i) Groupe d'accouchement.
k) Maison et école des infirmières.

DESCRIPTION GÉNÉRALE

L'Hôpital est conçu comme un seul bloc de huit étages sur rez-de-chaussée et sous-sol.

Les étages sont destinés aux malades répartis en chambre à 1, 2 ou 4 lits. Chaque étage est divisé en deux unités de soins de 28 lits.

Le rez-de-chaussée, qui déborde par derrière sur la surface des étages serait occupé par les services généraux de diagnostic et de traitement, le service administratif, ainsi que par le service isolé des contagieux, le service administratif, les restaurants, cafeteria, le groupe opératoire, la stérilisation, le foyer des infirmes, etc.

Le sous-sol, dont une légère pente du terrain permet l'accès à niveau par la cour de service, comprendrait les services d'alimentation et d'entretien.

Quatre ascenseurs, des escaliers de service et de secours, l'un au centre du bâtiment et deux autres avec ascenseurs de service situés auprès des postes d'infirmières, assurent la circulation verticale pour les malades, le personnel et les visiteurs.

A chaque étage, les ascenseurs et l'escalier central, avec leur salle d'attente, sont complètement isolés des services de soins et chambres des malades. Une surveillante d'étage assure le respect de la tranquillité des malades en contrôlant l'accès des ascenseurs et de l'escalier. Chaque étage ainsi isolé, jouit des mêmes avantages que des pavillons séparés dans un parc, sans cependant être d'un prix aussi élevé de construction, de gestion et d'entretien.

LES SERVICES GENERAUX DU REZ-DE-CHAUSEE ET DU SOUS-SOL.

a) Accès. L'entrée principale de l'hôpital, réservée aux malades ambulants, aux docteurs et aux visiteurs, se trouve à proximité de la route nationale. Elle est protégée par un auvent sous lequel les voitures peuvent venir se ranger. Un parking pour les voitures est aménagé en face. L'entrée donne sur un hall vitré accueillant où l'on trouve les services de réception, information et admission. On pénètre ensuite dans l'hôpital à travers des cours de verdure. Les visiteurs peuvent ainsi gagner directement les étages par les ascenseurs, ainsi que les malades qui viennent pour être hospitalisés, ceux-ci ayant une circulation spéciale aboutissant à un foyer privé donnant accès aux ascenseurs par les portes arrière.

Les malades consultants sont dirigés vers le service de diagnostic qui se trouve à côté de l'entrée. Les malades qui arrivent en ambulance ont un accès spécial, avec quai de déchargement des ambulances. Cet accès dessert une entrée avec bureau d'admission et service d'urgence et une seconde entrée isolée pour le service des contagieux. Il est prévu, à cet accès également, un service d'admission.

Le sous-sol est desservi de plain-pied par une cour de service.

b) **Le Centre de Diagnostic et Traitement des malades consultants de l'extérieur** se trouve à gauche de l'entrée principale. L'hôpital étant situé trop loin de la ville, ce service ne comporte pas de médecine préventive. Il devrait être prévu, à cet effet, un centre de santé en ville même.

Ce service comprend : Médecine générale, Chirurgie, Obstétrique, Pédiatrie, Urologie, etc. et des spécialités : Stomatologie, Otorhino-laryngologie, Ophtalmologie, Tuberculeux et Dermato-Vénérologie. Il est également prévu un petit service pour donneurs de sang et conservation du sang.

c) **Les services complémentaires de diagnostic et de traitement** utilisés à la fois par les consultations externes et par l'hôpital, seront situés à proximité avec un accès facile pour les malades de l'extérieur et de l'intérieur. Ils comprennent : radiodiagnostic, radiothérapie, physiothérapie, récréothérapie, des laboratoires d'analyse et de préparation pharmaceutique, et morgue-autopsie.

d) **Le service d'urgence** et d'admission des malades arrivant en ambulance se trouve de l'autre côté des services complémentaires de diagnostic et de traitement, avec lesquels il est directement en liaison. Ce service est également relié avec la circulation verticale de l'hôpital et le service des maladies contagieuses.

e) **L'entrée du personnel non professionnel** au sous-sol serait groupée avec l'entrée des approvisionnements et avec un contrôle commun. Les vestiaires, lavabos, douches, etc., seront tout à côté.

f) **Les restaurants** pour les docteurs, le personnel administratif, les infirmières et infirmiers et le personnel non professionnel, se trouvent aménagés autour d'une cour de verdure spacieuse et agréable, entre l'entrée du personnel et le bloc-hôpital, au-dessus de la cuisine centrale du sous-sol.

g) **Le groupe opératoire de Chirurgie et le Service de Stérilisation central**, se trouvent en face des ascenseurs. (Le groupe d'accouchement est situé au premier étage, adjoint au Service de Maternité.)

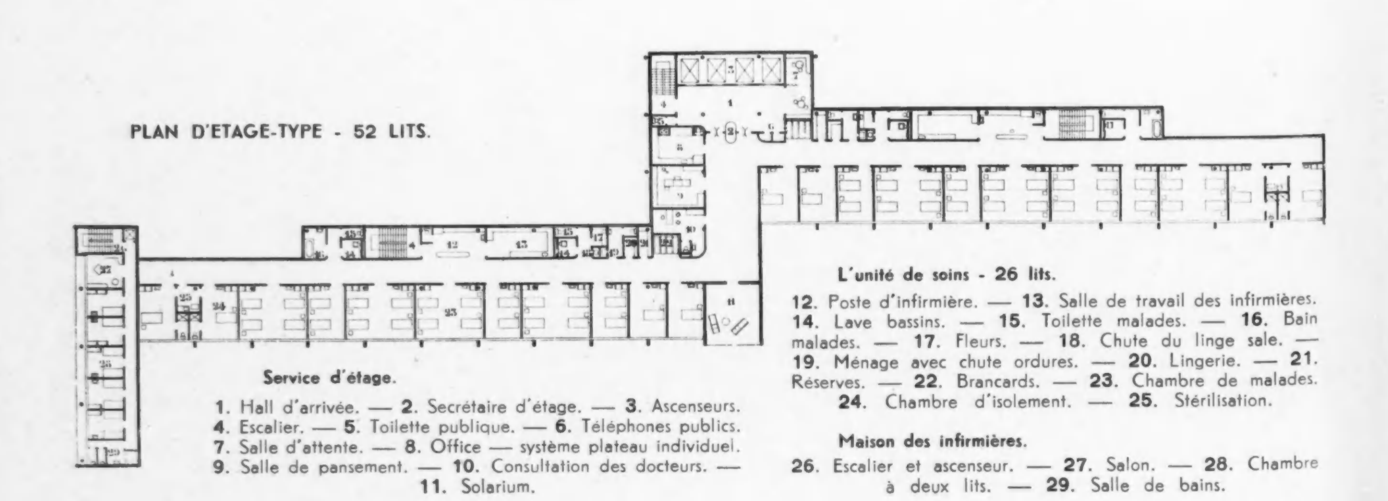
h) **Le Service des Contagieux**, complètement isolé du reste de l'hôpital, est situé entre la partie Est du parc et la grande cour intérieure plantée. L'entrée des malades se fait de manière à ce qu'ils n'aient pas de contact avec les autres malades, les visiteurs ou le personnel de l'hôpital. Les visiteurs arrivent par la circulation centrale, à l'autre extrémité du service.

i) **Le Service administratif** situé à côté de l'entrée principale, comprend les bureaux nécessaires pour les services sociaux, la Direction, Administration, Comptabilité. Il est également prévu un quartier réservé aux médecins avec vestiaires, salle de conférences, salon-bibliothèque, bureau, fichier, etc.

j) **L'Ecole d'Infirmières** est située au rez-de-chaussée, au-dessous du bâtiment d'habitation où se trouvent leurs chambres, qui fait écran à l'hôpital pour le protéger des vents d'Ouest, Sud-Ouest. L'Ecole comporterait les locaux nécessaires à l'enseignement et à la récréation des élèves.

k) **Les magasins et réserves, la cuisine centrale** sont au sous-sol, desservie de plain-pied par la cour de service. Le service de cuisine serait aménagé pour servir les malades en plateaux individuels. Sont également prévues au sous-sol la lingerie, la buanderie, etc.

l) **La Morgue et le Service d'Autopsie** sont également prévus au sous-sol, avec service mortuaire à côté de l'entrée de service.



PLAN D'ETAGE-TYPE - 52 LITS.

Service d'étage.

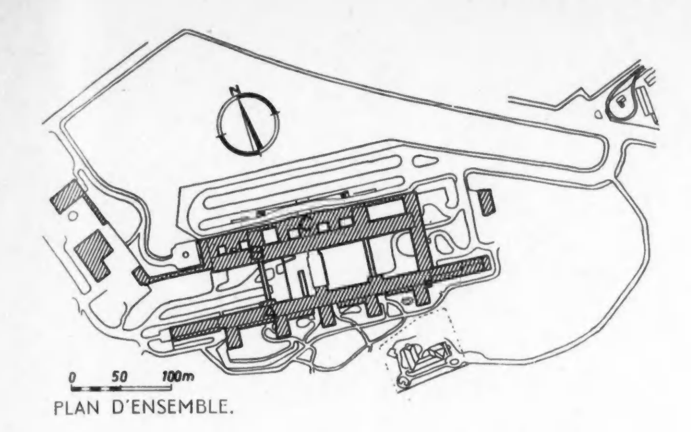
1. Hall d'arrivée. — **2.** Secrétaire d'étage. — **3.** Ascenseurs. **4.** Escalier. — **5.** Toilette publique. — **6.** Téléphones publics. **7.** Salle d'attente. — **8.** Office — système plateau individuel. **9.** Salle de pansement. — **10.** Consultation des docteurs. — **11.** Solarium.

L'unité de soins - 26 lits.

12. Poste d'infirmière. — **13.** Salle de travail des infirmières. **14.** Lave bassins. — **15.** Toilette malades. — **16.** Bain malades. — **17.** Fleurs. — **18.** Chute du linge sale. — **19.** Ménage avec chute ordures. — **20.** Lingerie. — **21.** Réserves. — **22.** Brancards. — **23.** Chambre de malades. **24.** Chambre d'isolement. — **25.** Stérilisation.

Maison des infirmières.

26. Escalier et ascenseur. — **27.** Salon. — **28.** Chambre à deux lits. — **29.** Salle de bains.



PLAN D'ENSEMBLE.

L'HOPITAL SODER A STOCKHOLM

ARCHITECTE : H.-J. CEDERSTROM

A. HOSPITALISATION. B. POLYCLINIQUE. C. ENTREE PRINCIPALE.

Cette description de l'Hôpital de Sjöder a été rédigée sur la base d'une étude des Drs A. CAVAILLON et H. SAUTER, parue dans les « TECHNIQUES HOSPITALIERES » (Février 1947).

Cet hôpital a été conçu selon le principe que chaque citoyen a droit à un diagnostic exact dans un établissement conçu à cet effet. C'est le prototype du Centre de Santé.

Le Centre de Santé permet de soigner n'importe quelle catégorie pathologique de malades, les différentes sections agissant en coordination étroite. Il accorde une plus large place au diagnostic et à l'orientation qu'au traitement. On réduit donc au maximum le temps d'hospitalisation, et le cas échéant, les malades sont envoyés dans des établissements d'exécution sous contrôle du personnel technique du Centre.

Situé sur une colline verdoyante dominant le lac en un point de la périphérie de Stockholm, l'hôpital encore inclus dans la cité, bénéficie de communications rapides et faciles. Il est formé d'un seul bloc en briques de 8 étages avec des ailes en créneaux qui rompent la monotonie des façades. Quelques pavillons isolés abritent des annexes telles que l'habitation des nurses, internes, etc.

Dès l'entrée, on a une impression d'ampleur et de luxe.

Notons d'abord trois particularités :

De vastes vestiaires gratuits et obligatoires sont prévus pour toute personne pénétrant dans l'hôpital.

Un jardin d'enfants permet aux visiteurs et aux clients de mettre leurs enfants en sécurité pendant le temps passé dans l'établissement.

D'immenses salles d'attente sont prévues, équipées de fauteuils confortables.

Le bâtiment principal est consacré au diagnostic et à l'hospitalisation. Nous allons examiner successivement ces deux Centres :

A) **CENTRE DE DIAGNOSTIC.** Il comprend :

1° La **Polyclinique**, qui est l'élément d'admission.

Elle dispose de vastes dégagements, la circulation y étant très importante. Elle occupe presque tout le rez-de-chaussée de l'immeuble. On y trouve :

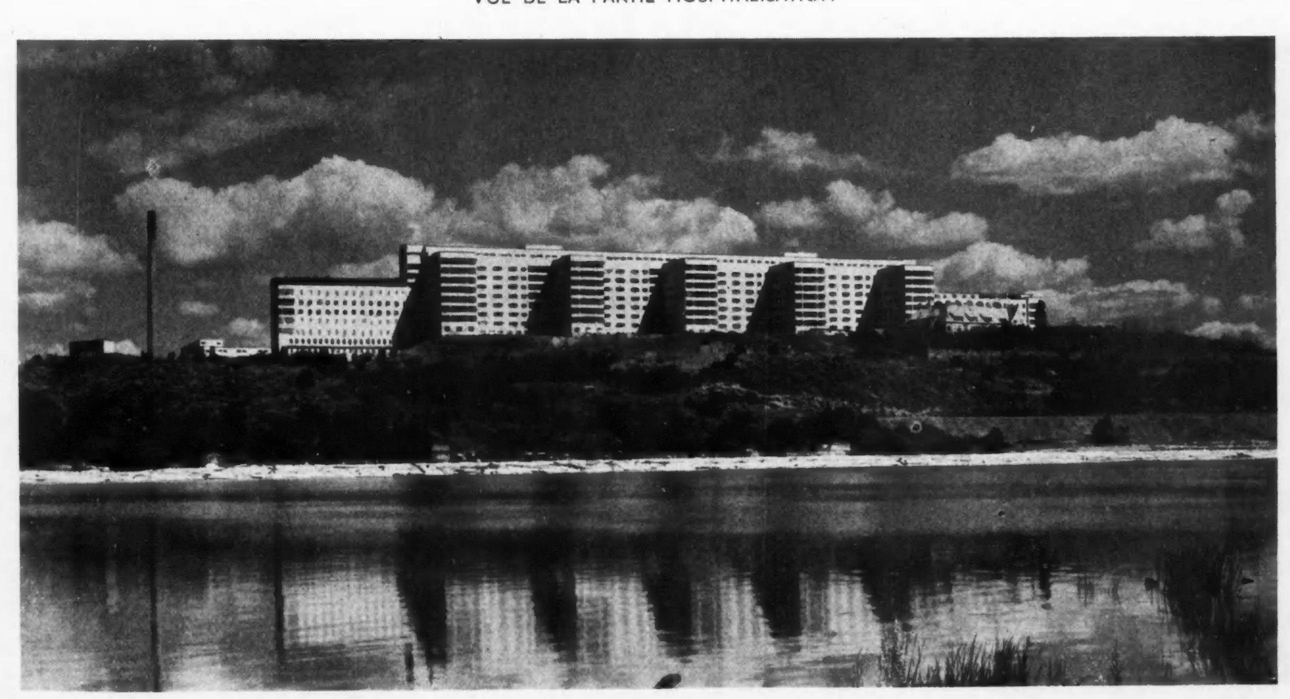
a) le centre de triage qui draine la totalité des nouveaux consultants. Il sert uniquement au dépistage et à l'aiguillage;

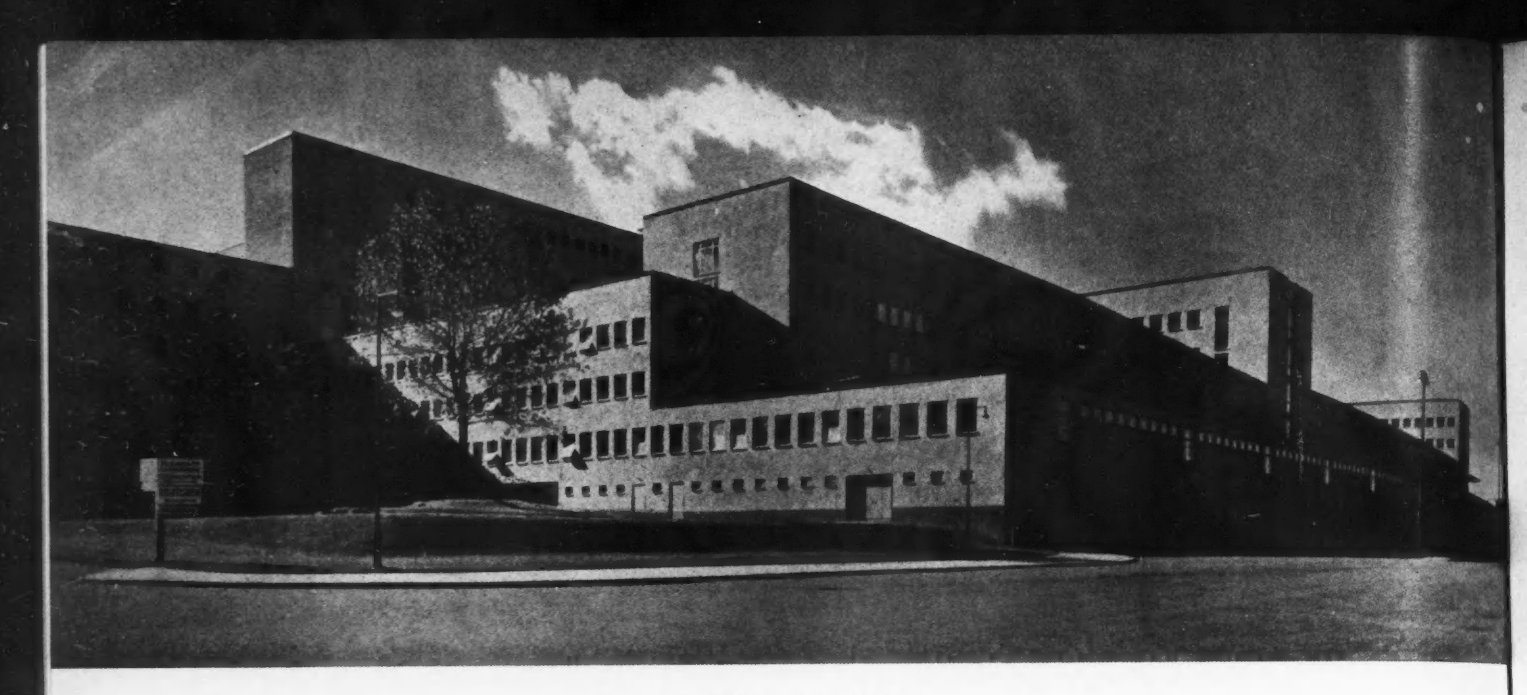
b) les consultations de spécialités qui sont dotées de l'appareillage le plus moderne. Elles sont chargées non seulement de l'élaboration du diagnostic, mais du traitement. L'hospitalisation peut être décidée s'il y a lieu;

2° Le service de radiologie est agencé pour tous les examens diagnostics demandés par les consultants;

2° Le laboratoire central occupe à lui seul la moitié d'un étage et est uniquement consacré à la recherche, les examens de routines étant effectués dans le petit laboratoire prévu pour chaque service d'hospitalisation.

VUE DE LA PARTIE HOSPITALISATION





FAÇADE SUR ENTREE

B) **SERVICES D'HOSPITALISATION.**

Ils contiennent 1.200 lits, chaque service ayant en moyenne 100 lits. Leur originalité repose sur divers points :

— suppression de la salle commune. Ils n'existe que des chambres à 1, 2 et 4 lits. On y trouve, par malade, un lit roulant, une table de chevet mobile comprenant pupitre, tableau de bord pouvant actionner le dispositif d'appel, la lampe de chevet, la radiodiffusion, le téléphone, etc.;

— suppression des soins au lit du malade. C'est un avantage du lit roulant, qui permet la disparition totale de la promiscuité;

— importance des dégagements et facilité des liaisons avec les consultations. L'ensemble des chambres donne sur un vaste couloir central de 2 m. 50 de largeur, desservi par des ascenseurs, soit individuels, soit monte-charges;

— existence et développement d'organismes favorisant la vie sociale du malade. En effet, des salles de réunions, de jeux, de lecture, des salles à manger par petites tables sont prévues;

— développement des solariums;

— dans chaque service, section privée de 25 lits;

— souci du confort du personnel soignant et de garde.

Différents détails restent à souligner :

Le verre et la céramique sont supprimés au profit de l'acier. Le silence est obtenu avant tout par une discipline remarquable, mais aussi par le système « diktator » pour la fermeture des portes et l'emploi de matière plastique à la place du carrelage. Un dispositif spécial fixé au plafond supprime l'écho dans les couloirs.

Un système de ventilation permet l'aspiration de l'air vicié et enlève toute odeur.

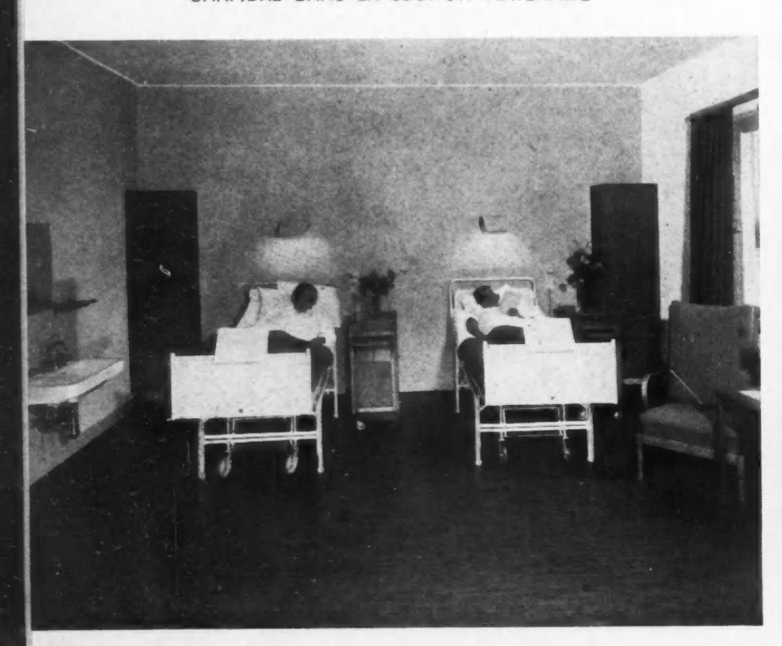
Les installations sanitaires sont remarquables par le confort et le nombre de ses appareils.

Dans les services régionaux, l'ensemble des cuisines groupées au septième étage mérite quelques explications. Il comprend une cuisine centrale et onze cuisines subsidiaires. Les aliments contenus dans des boîtes métalliques individuelles sont réparties dans des armoires à double paroi mobile avec ouverture côté cuisine et ouverture côté couloir. La distribution se fait par chariot.

Les régimes sont exécutés par le service de diététique, composé de spécialistes attachés aux services d'hospitalisation.

Cet établissement a été conçu en fonction du malade, en vue de créer un climat de sécurité essentiellement attractif et propre à hâter la guérison. On est frappé par la perfection et le soin apportés dans les moindres détails.

CHAMBRE DANS LA SECTION MATERNITE



CUISINE DE SERVICE



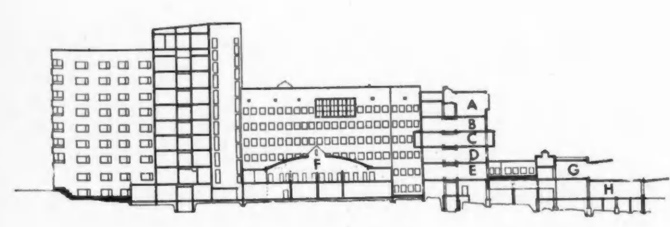


HOPITAL SODER A STOCKHOLM

EN HAUT : PLAN D'UNE UNITE DE SOINS. (ORTHOPEDIE)

CI-CONTRE : PLAN GENERAL AU NIVEAU DU PREMIER ETAGE.

EN BAS : COUPE TRANSVERSALE.





VUE DU COTE DE L'HOSPITALISATION.

HOPITAL POUR ANCIENS COMBATTANTS A FORT-HAMILTON

(ETATS-UNIS)

ARCHITECTES : SKIDMORE, OWINGS et MERRILL

Description par GUY G. ROTHENSTEIN, Architecte

Histoire. — La loi sur les droits des G.I. (Gov. issue = vétéran) procure, parmi nombreux autres privilèges, le droit d'hospitalisation sans charge pour le soin de toute maladie qui a son origine dans le service militaire. Les hôpitaux existants pour anciens combattants datent de la période d'après la guerre de 1914 et sont insuffisants pour prendre soin des titulaires du droit d'hospitalisation de cette guerre. Par conséquent, le gouvernement a chargé la V.A. (Administration des Anciens combattants) dont le général Bradley est le directeur actuel, d'établir un programme pour couvrir les besoins des années à venir.

Ce programme prévoit la construction d'environ 80 hôpitaux de 100 à 2.000 lits à travers le pays. Le Génie, de l'armée américaine, a été chargé de la réalisation de ce programme de construction après que les crédits nécessaires d'environ 600 millions de dollars eurent été votés.

Rompant avec le procédé de routine qui, dans le passé, avait doté le pays d'hôpitaux bien médiocres, l'administration, au lieu d'établir les plans elle-même, a fait appel à des architectes privés.

Les premiers projets qui ont été élaborés reflètent bien l'état d'esprit présenté par l'architecture américaine : le plan fonctionnel, organique et contemporain jusqu'aux parodies des styles du passé.

Notre projet de l'Hôpital de Fort-Hamilton, conçu avec l'esprit reflété dans tous les travaux des auteurs, a reçu un accueil très chaleureux auprès de l'administration et sera considéré comme une sorte de standard pour les projets suivants.

Programme. — Le programme pour cet hôpital de 1.000 lits, ainsi que pour les autres, a été rédigé par des médecins spécialistes appelés par la V.A.; il est considéré par ses auteurs comme le programme d'un « Hôpital de rêve ». Il comprend une énumération complète des locaux à prévoir, groupés par sections et une liste de l'équipement à y installer. Il a été complété et amélioré par nos suggestions, basés sur des expériences plus récentes que celles des auteurs du programme (les techniques évoluent très rapidement).

Le programme prévoit une section d'hôpital de 800 lits, plus une section neuro-psychiatrique de 200 lits. Les lits sont groupés en sections de 40, dont 12 en chambres privées, 12 en chambres à quatre et 16 en dortoir. (50 p. 100 des malades sont ambulants.) 2 p. 100 des malades sont des anciens combattants femmes et elles occuperont une section de 20 lits formée de chambres privées. Une autre section de 20 lits est réservée aux cas d'isolement.

Il y a à part des locaux pour malades hospitalisés, une section importante pour malades consultants qui utiliseront les mêmes facilités de traitement. Etant donné l'état chronique de beaucoup de malades, la période moyenne d'hospitalisation est de 38 jours. L'influence de ce fait sur le programme s'est manifestée dans l'importance donnée aux sections de récréation et de loisirs.

A part l'hôpital proprement dit, il y a à prévoir 5 maisons ou appartements pour médecins, des logements pour 20 infirmiers et 20 aides. Le reste du personnel, qui totalise 1.040 personnes, habitera en ville Les bâtiments de service comprennent : une centrale, un garage, une blanchisserie et des ateliers.

Terrain. — Le terrain occupe environ 72.000 m2, faisant partie d'un ancien fort situé à l'entrée du port de New-York, l'Océan étant situé au côté Sud du terrain, séparé du dernier par une autostrade. Sur les autres côtés il y a un parc, un terrain de golf et un camp militaire. La distance au centre du Manhattei n'est que de plusieurs kilomètres et on y accède en moins **d'une** heure par métro ou voiture.

Projet. — Situation (vue) et exposition nous ont amenés à abandonner le schéma coutumier du plan en forme de « croix » avec quatre sections par étage. Le plan adopté prévoit par étage deux sections de 40 lits chacune, dont 95 p. 100 sont situés dans des chambres exposées au Sud. Du côté Nord il y a les divers services d'étages et médicaux, ainsi que les voies de communication verticale.

L'hôpital propre comprend trois groupes de bâtiments communicants :

A. Le bâtiment Nord de cinq étages sur sous-sol, qui contient : Sous-sol : Magasins, Stérilisation centrale, Dépôt de blanchisserie et une salle de machines. — Rez-de-chaussée : Entrée des malades, Consultation, Admission. — **1.** Entrée des visiteurs, Service social et volontaire, Clinique dentaire. — **2.** Section de réhabilitation, Hydrothérapie. — **3.** Laboratoires, Radiographie et Radiologie. — **4.** Salles d'opérations. Plusieurs étages sont dotés d'appareils à ventilation et conditionnement d'air.

B. Le bâtiment principal de 16 étages sur sous-sol qui contient : Sous-sol : Section orthopédique, Morgue, Dépôt de vêtements et literie, Salle de machines. — Rez-de-chaussée : Vestiaire et salle à manger du personnel, Réception des marchandises, Magasins à vivres et réfrigérants. — **1.** Hall, Administration, Cantine et restaurant public. — **2.** Récréation et Loisirs, Bibliothèque, Cuisine centrale. — **3.** Chambres d'internes (60 lits), Salle à manger des docteurs, Section d'isolement. — **4.** Section des femmes, 6 Chambres de visiteurs, une Section typique de 40 lits réservée aux cas chirurgicaux. — **5-12.** Deux sections typiques par étage. — **13.** Deux sections pour cas de névrose. — **14.** Deux sections pour cas de névrologie. — **15.** Deux sections de psychiâtrie (malades tourmentés). — **16.** Une section de psychiâtrie (malades, tourmentés). — Deux terrasses pour malades psychiâtriques. — Au-dessus, salle de machines pour ventilateurs, etc.

C. Le bâtiment Sud de 3 étages, partiellement sur piliers, contenant : Rez-de-chaussée : Salle de spectacles et cinéma de 450 places. — Partie haute de cette salle et Chapelle. — Partie haute de la Chapelle et Réfectoire de 500 places. — Même étage et dessus : terrasses.

Nous avons procédé à ce groupement en trois bâtiments pour des raisons de fonctionnement du plan et pour pouvoir établir des systèmes rationnels d'écartement des piliers selon les nécessites d'espace de différentes catégories de locaux.

Les problèmes de circulation intérieure ont été étudiés avec soin et ont été des facteurs importants pour la détermination du plan. Le développement **du bâtiment en hauteur est le plus pratique sous ce rapport.**

Les rampes extérieures pour voitures desservant les deux entrées principales situées à des niveaux différents permettent un accès facile aux malades et visiteurs sans croisement de leurs voies. **La complète séparation de circulation pour les malades consultants et malades hospitalisés a été réalisée à l'intérieur du bâtiment.**

Les salles de récréation et le réfectoire des malades ont été aménagés au deuxième étage pour les faire profiter de la vue magnifique sur la baie, dégagée à cette hauteur.



PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

Récréation

Vestiaire

Magasins généraux (Aliments et réfrigérations)

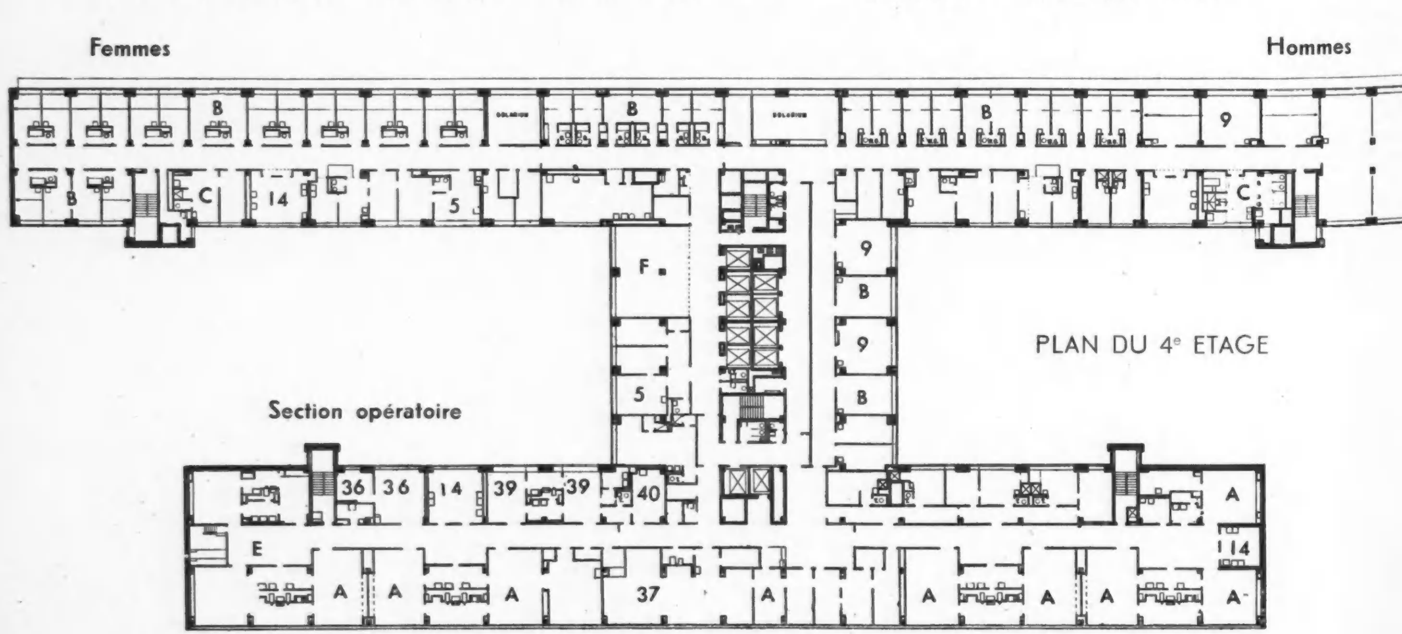
Pharmacie

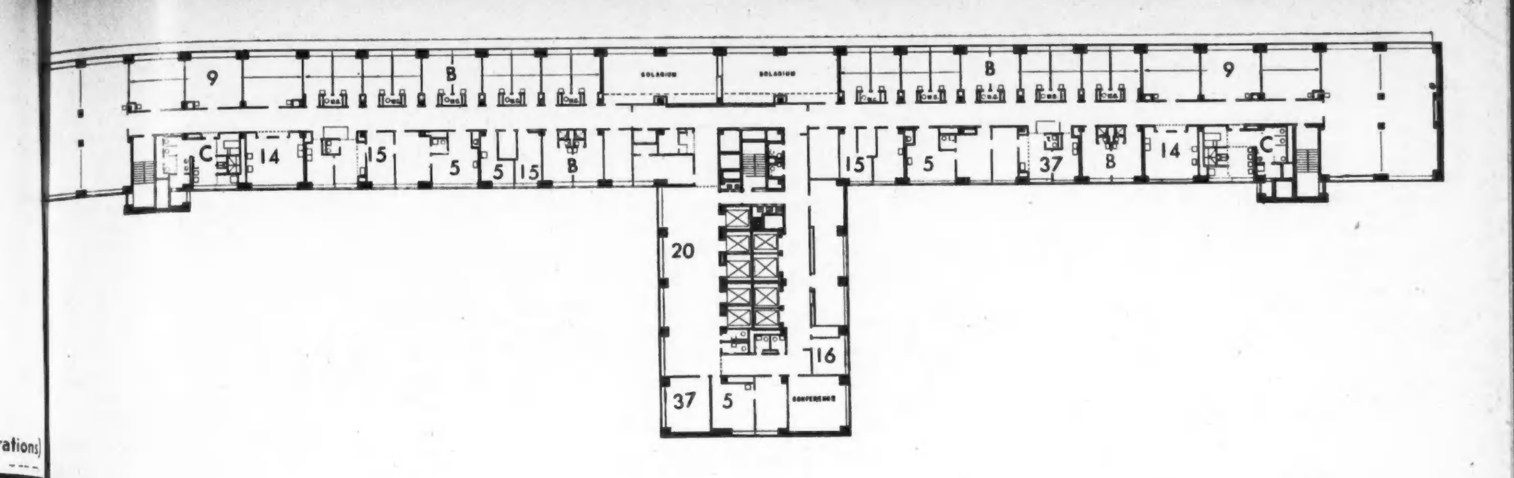
Consultations externes

Réception

Urgence

LEGENDE COMMUNE POUR TOUS LES PLANS.
1. Attente. — **2.** Administration. — **3.** Traitement. — **4.** Vestiaire. **5.** Examen. — **6.** Fluoroscopie. — **7.** Examen de médecine et de chirurgie. — **8.** Réception. — **9.** Chambre à 4 lits. — **10.** Opérations d'urgence. — **11.** Examen des urgences. — **12.** Réserves. — **13.** Chambre à 1 lit. — **14.** Pièce de ménage. — **15.** Linge. — **16.** Dépôt. — **17.** Morgue. — **18.** Réserve d'oxygène. — **19.** Bureau. **20.** Entrée de l'ambulance. — **21.** Garage. — **22.** Vestiaire des employés. — **23.** Pharmacie. — **24.** Cafeteria. — **25-26-27.** Vestiaire des infirmières. — **28.** Réserve d'aliments. — **29.** Rebuts. — **30.** Réfrigération. — **31.** Réception aliments. — **32.** Auditorium. — **33.** Aliments secs. — **34.** Enregistrement des arrivages. — **35.** Salle de repos. — **36.** Dépôt d'anesthésiques. — **37.** Salle d'anesthésie. **38.** Salle de mise en plâtre. — **39.** Cystoscopie. — **40.** Endoscopie. **A.** Salle d'opérations. — **B.** Chambre privée. — **C.** Bain pour malades. **E.** Brancards. — **F.** Hall pour visiteurs.





PLAN D'UN ETAGE COURANT D'HOSPITALISATION

CONSTRUCTION. — Ossature métallique avec revêtement ignifuge. Les poutres en direction N.-S. sont formées de deux fers en « U » placés des deux côtés des piliers pour augmenter la résistance au vent. Les planchers sont en hourdis de béton, les plafonds suspendus en plâtre (1). Murs en briques de 20 cm., revêtus à l'extérieur de dalles de pierres de 10 cm. d'épaisseur; à l'intérieur, revêtement isolant de 5 cm. et plâtre ou carreaux. Les brise-soleil horizontaux sont en béton armé. Escaliers en acier, enfermés par cloisons ignifuges. Traitement des planchers avec remplissage de 5 cm. ou 10 cm. et carreaux d'asphalte avec même plinthe ou granito, etc. Cloisons 7,5 cm. ou 10 cm. en plâtre ou terre cuite ou revêtements de carreaux en certains cas.

Fenêtres : généralement deux parties fixes encadrées par fenêtres à guillotine, étages psychiâtriques : éléments fixes et pivotants horizontalement protégés à l'intérieur par des grilles de fil de fer inoxydable. Divers autres : éléments fixes et pivotants verticalement. Verre « termophane » en sections conditionné à l'air.

EQUIPEMENT. — Etant donné que l'équipement prévu pour cet établissement doit correspondre aux derniers progrès techniques et thérapeutiques, il nous semble utile d'en esquisser les principaux éléments dès maintenant, sous réserve de traiter la question d'une façon plus détaillée dans la deuxième partie de cette étude.

Chauffage : généralement à vapeur à basse pression. **Ventilation** : tous les locaux sans fenêtre sont ventilés mécaniquement. **Conditionnement** : 10 chambres malades sont conditionnées et climatisées, ainsi que la stérilisation centrale. Les salles d'opération ont chacune un contrôle indépendant. **Eclairage** : généralement à tubes fluorescents. Dans les chambres, éclairage direct pour lire et indirect pour l'illumination générale. **Signalisation** : système optique pour l'appel des médecins. **T.S.F.** : chaque lit sera muni d'un haut parleur plat, posé sous l'oreiller. Un studio de transmission de programmes et d'émissions sera prévu dans la section récréation. **Ascenseurs** : dans le centre du bâtiment principal il y a 5 ascenseurs publics et 4 de service. En outre il y en a 2 dans le bâtiment Nord : un pour les malades consultants et un pour le service. Un grand nombre de monte-charges assurent le transport de la nourriture et l'approvisionnement des divers services médicaux.

Alimentation : tous les aliments pour malades et personnel sont préparés dans la cuisine centrale et envoyés par de petites voitures isolées et chauffées aux diverses sections.

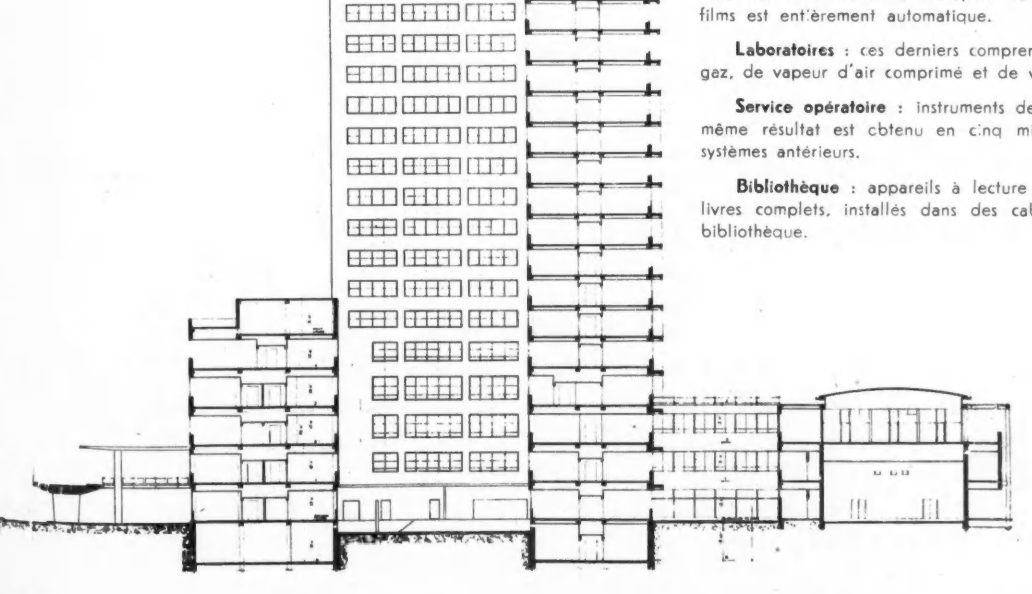
APPAREILLAGE MEDICAL.

Equipement psychiâtrique : appareils et facilités pour thérapie de choc, appareillage pour douches fortifiantes, un électro-encéphalographe installé dans une chambre spéciale pour l'enregistrement des ondes émises par le cerveau et convenablement protégé contre les interférences électriques. **Radiographie et radiologie** : appareils de radiographie, de fluoroscopie et de cystoscopie, ainsi que des appareils de 400, 250 et 140 kw. destinés à la thérapie. Le procédé de développement par films est entièrement automatique.

Laboratoires : ces derniers comprennent des services d'électricité, de gaz, de vapeur d'air comprimé et de vacuum.

Service opératoire : instruments de stérilisation à haute pression; le même résultat est obtenu en cinq minutes au lieu de vingt avec les systèmes antérieurs.

Bibliothèque : appareils à lecture à son permettant d'entendre des livres complets, installés dans des cabines acoustiques de la salle de bibliothèque.



COUPE TRANSVERSALE



FAÇADE PRINCIPALE. *Doc. The Architectural Forum.*

HOPITAL A MELBOURNE

ARCHITECTES : STEPHENSON ET TURNER

L'Architecture hospitalière a accompli en Australie durant ces dernières années un progrès remarquable. Selon l'opinion de M. Walter Bunning, architecte et urbaniste au tralien, ceci est dû tout d'abord à ce que ce domaine a fait l'objet de recherches approfondies et que le caractère scientifique de ces études a empêché toute imitation du passé dans le sens d'un romantisme désuet.

L'hôpital royal de Melbourne peut être cité comme un exemple très caractéri.tique de ces tendances.

Les architectes de l'hôpital ont adopté le principe du bloc en hauteur, avec circulations verticales tel qu'on le pratique actuellement aux Etats-Unis.

Le bâtiment est en forme de T en double terrasse; la plus petite branche du T comprend le dispensaire et les principaux services de thérapeutique; les hanches axiales et centrales sont destinées à l'hospitalisation.

1. Salle de démonstration pour infirmières. — **2.** Salle de conférences sur la diététique. — **3.** Réfectoire du personnel féminin. **4.** Boulangerie. — **5.** Réfrigération. — **6.** Préparation. — **7.** Legumes. — **8.** Pommes de terre. — **9.** Fruits. — **10.** Magasin de vivres. — **11.** Bureau. — **12.** Achats. — **13.** Hall. — **14.** Laiterie. — **15.** Nettoyage. — **16.** Cuisine principale. — **17.** Chariots. — **18.** Lavage vaisselle. — **19.** Cuisine pour régimes. — **20.** Cafeteria. — **21.** Morgue. — **22.** Vestiaire. **23.** Magasin. — **24.** Calorifère. — **25.** Pompe centrifuge. — **26.** Atelier. — **27.** Salle de repos du personnel. — **29.** Opérations. **30.** Stérilisation.

PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE.

PLAN D'UN ETAGE COURANT.

1. Toilettes. — **2.** Stérili ation. — **3.** Salle de traitement. — **4.** Toilette des infirmières. — **5.** Salle de travail de l'infirmière. — **6.** Attente. — **7.** Salles d'examen. — **8.** Réserves. — **9.** Opérations. — **10.** Nutrition. — **11.** Laboratoires.

L'hôpital contient 700 lits et les services de consultation externes peuvent traiter 1.200 malades par jour.

L'entrée principale s'effectue par la portion du bâtiment reliant les deux branches du T. Au rez-de-chaussée se trouvent les services généraux et un institut d'électro-thérapie; au premier étage sont situés, dans le bloc dispensaire, les services de consultations externes; dans les branches axiales et centrales les laboratoires de l'hôpital. Dans l'organisation de ces derniers on a également tenu compte des besoins de l'enseignement médical, qui est pratiqué en liaison avec la Faculté de Médecine de Melbourne.

Aux étages suivants se trouvent respectivement dans le bloc dispensaire les services opératoires, dans les branches axiales et centrales les services d'hospitalisation.

La forme de l'édifice exprime d'une façon saisissante l'organisation fonctionnelle de l'hôpital. Malgré leur volume imposant, les bâtiments restent « à l'échelle humaine ».

FAÇADE SUD DE L'AILE CENTRALE



CENTRE HOSPITALIER DE TUNIS

EQUIPE D'ARCHITECTES SOUS LA DIRECTION DE B. ZEHRFUSS

EXTRAITS DU RAPPORT PRESENTE PAR LES ARCHITECTES

ADAPTATION AUX BESOINS REELS.

La population entière de la Tunisie a un besoin urgent d'**un Centre de médecine préventive et d'assistance sociale**, et d'**une vaste organisation de diagnostic et de traitement.**

CARACTERE PARTICULIER DU CENTRE.

Ce sera le rôle essentiel du Nouveau Centre Hospitalier, qui marquera ainsi l'évolution actuelle des techniques hospitalières : la formule **hôpital-asile** doit être dominée par la formule **hôpital-centre de soins et de santé**, appelé non seulement à conserver mais aussi à améliorer et à augmenter le capital humain du pays.

EVOLUTION DE L'ARCHITECTURE HOSPITALIERE.

Comment doit-on envisager l'aspect architectural du nouveau Centre ? L'architecture hospitalière est actuellement en pleine évolution. Si l'on a abandonné définitivement le système pavillonnaire, présentant des frais et des difficultés d'exploitation considérables, il semble que par contre, la concentration excessive des divers éléments de l'hôpital en un seul bloc, ne satisfait pas les usagers (malades, médecins et personnel).

SEPARATION DES ELEMENTS.

Il est nécessaire, en effet, de séparer certains éléments essentiellement modifiables et extensibles d'autres éléments que l'on peut considérer comme fixes. On peut admettre comme fixes les éléments d'hospitalisation, par contre les organes scientifiques sont constamment susceptibles de subir des transformations.

DECENTRALISATION.

Il est d'autre part indispensable de décentraliser certains services, en particulier certains services généraux (cuisine, lingerie, désinfection, stérilisation, réception, etc.).

FORMULE CHOISIE.

Les architectes du Centre Hospitalier sont d'avis qu'une formule intermédiaire entre les anciens pavillons sans étages et les « skyscrapers » américains puisse être choisie, répondant à la fois aux conditions locales et aux exigences des techniques actuelles.

On a tenté de réunir, à cet effet, les avantages des deux formules de façon que chacune des divisions de l'hôpital soit formé comme un organisme isolé rattaché à un tout organique membré. Il en résulte une forme de construction qui peut être considérée soit comme un système pavillonnaire pris dans une construction en bloc, soit comme une construction en bloc constituée par des pavillons.

L'idée directrice qui a déterminé la composition d'ensemble du Centre Hospitalier de Tunis, est une différenciation très nette des corps de bâtiments dans le cadre général.

Quant à l'esthétique même du Centre, il ne peut être question d'adopter à priori certaines formes, chacun des éléments devant correspondre en effet à des données précises.

REPARTITION DES ELEMENTS.

Le parti a été conçu de manière à ce que, d'une part, les services susceptibles d'être agrandis ou modifiés (consultations, physiothérapie, laboratoires) soient nettement séparés des blocs d'hospitalisation et que, d'autre part, tous ces éléments différents puissent avoir entre eux des communications simples et rapides.

C'est là l'élément fondamental de la composition. Cette séparation du programme en deux parties, l'une essentiellement variable et modifiable, l'autre ne subissant au contraire que peu de changements, a donné deux grandes divisions : d'une part, ce que l'on peut appeler le Centre de Santé et de soins, comprenant tous les bâtiments de consultations, de traitement et de diagnostic; d'autre part, le Centre d'hospitalisation comprenant les bâtiments d'hospitalisation et leurs annexes.

ORGANISATION FONCTIONNELLE.

Ces deux groupes, tout en étant très nettement différenciés, doivent également être reliés étroitement l'un à l'autre.

C'est ainsi que l'on peut expliquer le fonctionnement du Centre hospitalier en superposant les plans des deux groupes, qui tout en constituant un tout homogène, s'emboîtent étroitement l'un dans l'autre et arrivent à former par leur union un ensemble cohérent.

L'implantation du Centre de Santé et de soins est ainsi prévue au centre de la composition, les bâtiments d'hospitalisation se développant autour de ce Centre.

La composition est équilibrée par rapport à l'axe principal SO-NE. : dans la partie basse le long du boulevard Franche-d'Esperay est disposée d'abord la section de médecine sociale, ensuite de part et d'autre de cet axe sont prévus deux secteurs, l'un réservé aux femmes et aux enfants comprenant les consultations pré-natales et post-natales, gynécogiques, de nourrissons d'enfants médicaux et chirurgicaux et les blocs d'hospitalisation correspondants; l'autre réservé aux spécialités, comprenant les consultations d'ophtalmologie (avec l'Institut du trachome), d'oto-rhino, laryngologie, de stomalogie et le bloc d'hospitalisation correspondant.

Dans la partie centrale est prévu le secteur des traitements généraux et analyses, physiothérapie et radio-diagnostic, la médecine générale comprenant ses consultations et son bloc d'hospitalisation, et enfin la chirurgie générale comprenant également ses consultations et son bloc d'hospitalisation.

A l'écart, mais relié au Centre, le groupe des laboratoires et la pharmacie; le pavillon de neuro-psychiâtrie est situé dans un secteur particulier avec une entrée spéciale. Un axe en travers assure la liaison de tous ces éléments au moyen de circulations dont la longueur est extrêmement réduite. A l'une des extrémités de cet axe sont placés les services généraux et notamment le centre de ravitaillement, la buanderie centrale et le service médico-légal.

Dans la partie haute du terrain, le foyer et la cantine du personnel, les habitations collectives et individuelles, l'école, etc., sont disposés autour de jardins et de terrains de sport.

ACCES, LIAISON ET RAPPORT DES ELEMENTS ENTRE EUX.

Le problème des accès est essentiel pour déterminer la disposition des bâtiments.

En effet, il faut que les consultants puissent sasn se répandre à travers l'hôpital, être canalisés dans une seule enceinte donnant accès aux différents groupes de consultations; c'est pourquoi ces groupes ont été placés dans une zone facilement accessible de l'extérieur avec une entrée spéciale sur le boulevard. Les visiteurs empruntent également cette entrée. Les malades hospitalisés directement doivent accéder le plus rapidement possible à chaque bâtiment d'hospitalisation : il a été prévu pour ceux-ci une entrée particulière placée sur l'axe transversal de la composition.

En outre, une entrée spéciale donne accès au pavillon de neuro-psychiâtrie. Les services centraux, laboratoires, pharmacie, services mortuaires, central de ravitaillement, usines, services annexes, logements ont des accès spéciaux.

Pour atteindre une bonne organisation fonctionnelle, les différents éléments de la composition doivent être liés étroitement.

Il faut d'abord que chaque consultation soit en liaison directe avec le bâtiment d'hospitalisation correspondant, offrant ainsi de grandes commodités aux médecins, au personnel et aux malades hospitalisés après examen : chaque consultation est donc rattachée au service de lits.

Il faut ensuite que le groupe important de physiothérapie soit accessible d'une voie publique pour les malades en traitement venant de l'extérieur et en liaison directe avec chaque bâtiment d'hospitalisation et surtout ceux de médecine et de chirurgie : ceci explique sa position centrale entre ces deux derniers bâtiments.

Quant à l'entrée de l'hôpital proprement dit, celle-ci est au centre, en liaison avec le service des urgences et la station des accidents, eux-mêmes rattachés à la polyclinique chirurgicale et au bloc opératoire. A l'entrée se trouvent les services de contrôle, afin que les malades (hospitalisés directs, ambulances) soient rapidement dirigés vers leur bâtiment d'hospitalisation.

L'administration, voisine de l'entrée de l'hôpital, est à proximité des autres entrées : entrée des ambulants et entrée des services.

Le problème des circulations, si complexe lorsqu'il s'agit d'un centre hospitalier de cette importance est résolu, à l'intérieur de l'hôpital, grâce à des galeries transversales superposées dont l'une, supérieure, est destinée particulièrement au service propre (linge propre, ravitaillement, etc.), et l'autre, inférieure, au service sale (linge sale, morts, etc.).

Sur ces galeries se greffent des galeries secondaires qui donnent accès au centre de chaque bâtiment d'hospitalisation. La galerie inférieure permet également le contrôle de toutes les canalisations.

Grâce à ce dispositif, les différents circuits sont faciles et rapides. Prévus à des plans différents, ils ne se croisent à aucun moment.

PLAN D'ENSEMBLE

Hachures fortes : ombrés portés; hachures faibles : Centre de Santé

LE CENTRE DE SANTE (bâtiments hachurés).

En bas : au centre, entrée de consultants (1), triage (2), épouillage (3); à gauche, oto-rhino et stomatologie (10), ophtalmologie, enfants médicaux et chirurgicaux, maternité; à droite, nourrissons (G), nourrissons malades (6).

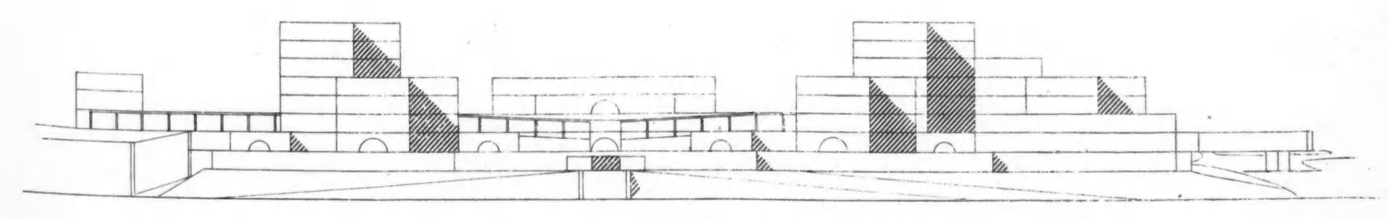
En haut : à gauche, neuro-psychiâtrie, médecine générale; au centre, physiothérapie (11), laboratoires (17); à droite : chirurgie générale.

HOSPITALISATION ET SERVICES GENERAUX (en blanc).

A gauche : en bas, spécialités; en haut, médecine générale, centre de ravitaillement (18), buanderie (19), désinfection (20), centre médico-légal, morgue (21), ateliers, usine thermique et garages (23).

A droite : en bas, pavillon pour enfants (H), maternité (F), bloc obstétrical (N), entrée maternité (E); en haut, près de la voie d'accès : entrée des malades, épouillage, bloc chirurgical (M) et chirurgie générale.

Bâtiments annexes : cantine et foyer du personnel (24), logements collectifs (25), logements individuels (26).



SCHEMA DE LA FAÇADE SUR LE BOULEVARD

ÉTUDE POUR LE NOUVEL HOPITAL DE BRAZZAVILLE

ARCHITECTE : J.-H. CALSAT

L'ensemble hospitalier projeté représente l'Hôpital de base de l'A.E.F.

En conséquence, polyclinique et hospitalisation intéressent l'ensemble de la population; la médecine sociale encore peu développée pour la capitale du territoire, disposera des installations complémentaires, de dispensaires locaux.

La répartition des éléments tient compte essentiellement des facteurs suivants :

— très grande diversité de clientèle, tant pour les polycliniques que pour l'hospitalisation;
— nécessité de faire fonctionner l'établissement avec un personnel qualifié restreint;
— conditions climatiques locales;
— obligation de réaliser par tranches successives, tout en permettant à l'établissement de fonctionner normalement dès la réalisation de la première tranche.

Pour donner satisfaction aux facteurs énumérés précédemment, il a été proposé :

1° une concentration aussi poussée que possible des services généraux et des installations qui doivent être communes aux polycliniques et à l'hospitalisation;

2° le système pavillonnaire est utilisé pour l'hospitalisation avec répartition par grands services :
— maternité;
— chirurgicaux;
— médicaux,

chacun d'eux comprenant deux unités distinctes qui tiennent compte des besoins physiologiques.

Les services sont répartis par étages et sont groupés par unités de soins.

3° Les circulations au sol différencient :
— les voitures qui empruntent un circuit externe aux bâtiments;
— les piétons (malades et personnel médical, qui disposent de galeries à couvert);
— les visiteurs qui disposent d'un parc d'attente extérieur à l'établissement et d'accès spéciaux à chaque service.

A l'intérieur des bâtiments, ce dispositif est complété par des escaliers et galeries affectés aux seuls visiteurs. Les fluides et déchets empruntent une galerie semi-enterrée.

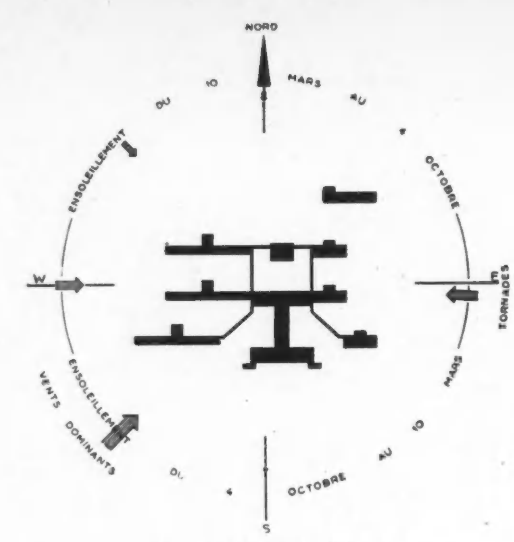
Le bloc central comprendrait :

1° Au niveau rez-de-chaussée :
— les consultations externes et de médecine préventive avec les services suivants :
— consultation de médecine générale;
— consultation de chirurgie générale;
— dispensaire anti-vénérien et dermatologie;
— les services d'admission hospitalisation;
— les services d'urgence et traumatologie.

En arrière :
— les services d'administration;
— les services techniques;
— la salle des réunions et cultes.

2° Au niveau du premier étage :
— consultation d'urologie;
— consultation de gynécologie;
— consultation d'O.R.L.;
— consultation d'ophtalmologie;
— consultation stomatologie.

En arrière :
— les services radio comprenant :
— radiologie;
— radiothérapie;
— électrothérapie;



PLAN DE MASSE
EN FONCTION DE L'ENSOLEILLEMENT ET DES VENTS

ces services sont accessibles par l'internat.

Les services techniques à cet étage comprennent :
— les laboratoires de sérologie;
— — bactériologie;
— — chimie biologique;
— — la pharmacie centrale.

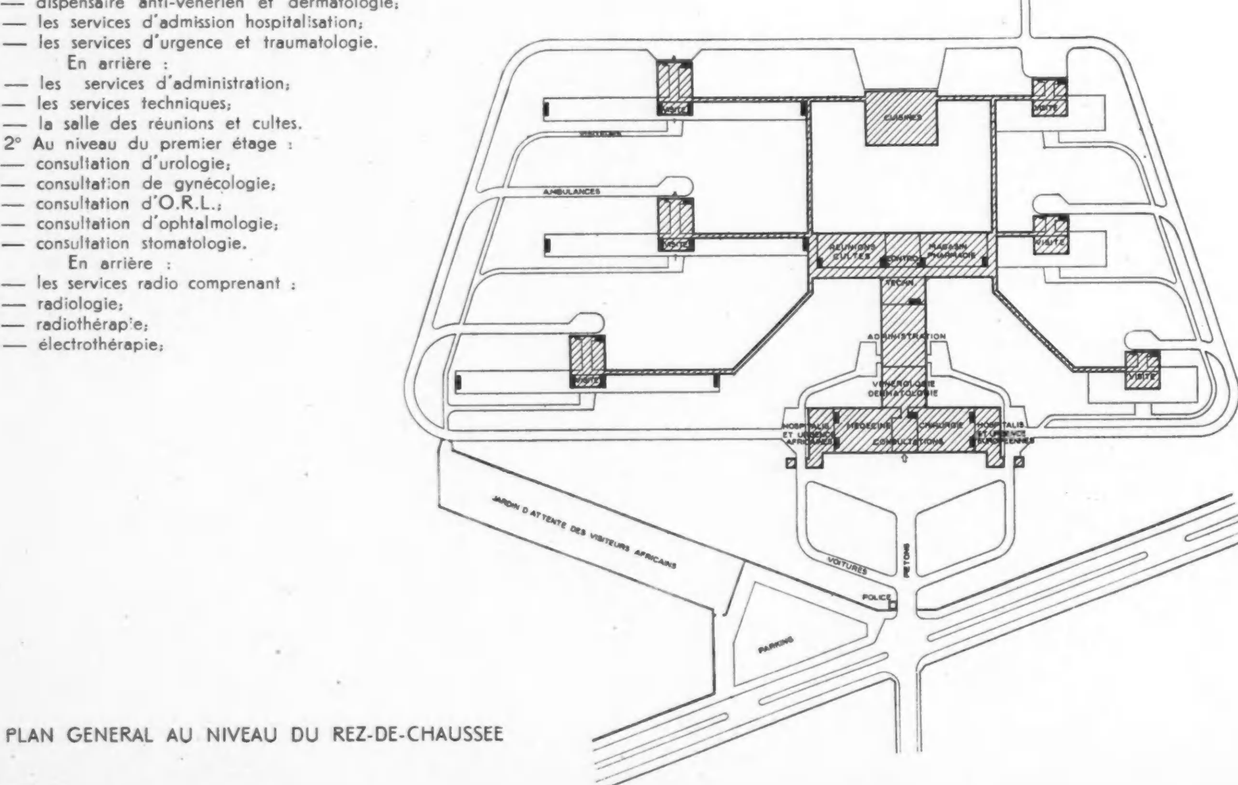
3° Au niveau deuxième étage :
— les blocs opératoires;
— les blocs de chirurgie,

qui sont accessibles par les spécialités et l'internat.

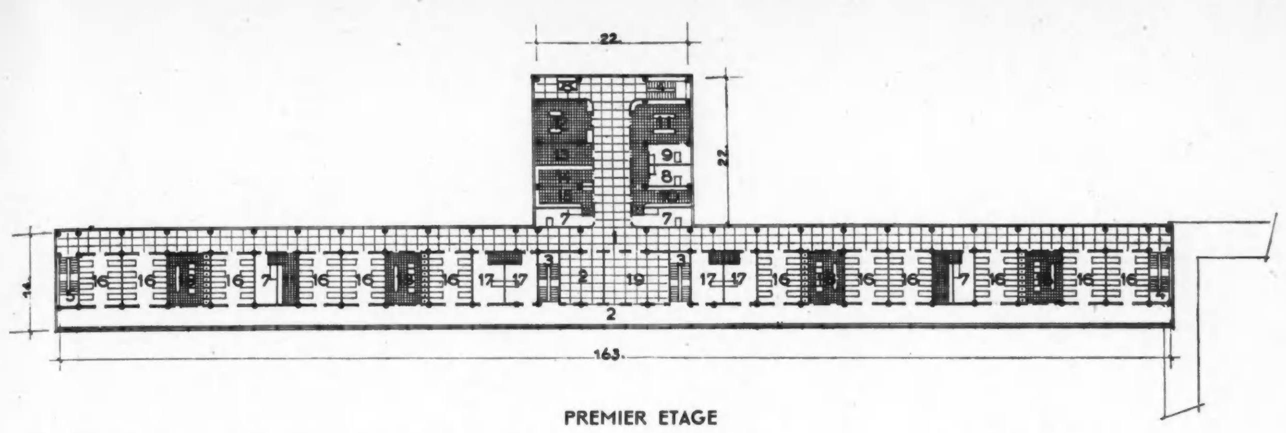
En arrière du bloc central, se trouvent groupées les cuisines, type européen et type africain, auxquelles sont adjointes les réserves

Enfin, l'axe du bloc central et en arrière des cuisines, l'usine, la centrale électrique, la blanchisserie, les ateliers, constituent l'ensemble des services généraux.

La capacité maximum est de 1.000 lits.

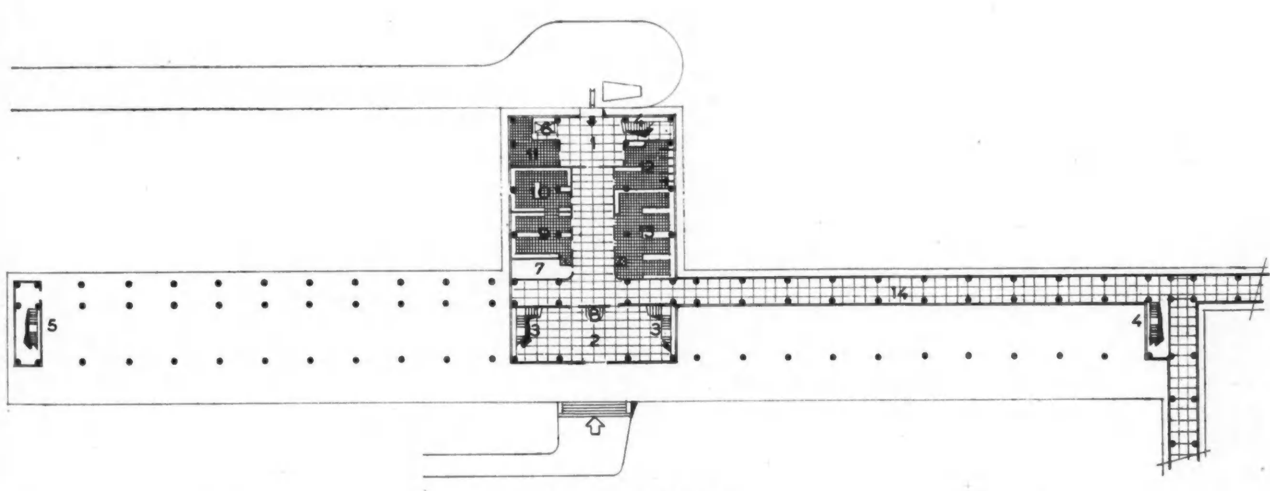


PLAN GENERAL AU NIVEAU DU REZ-DE-CHAUSSEE



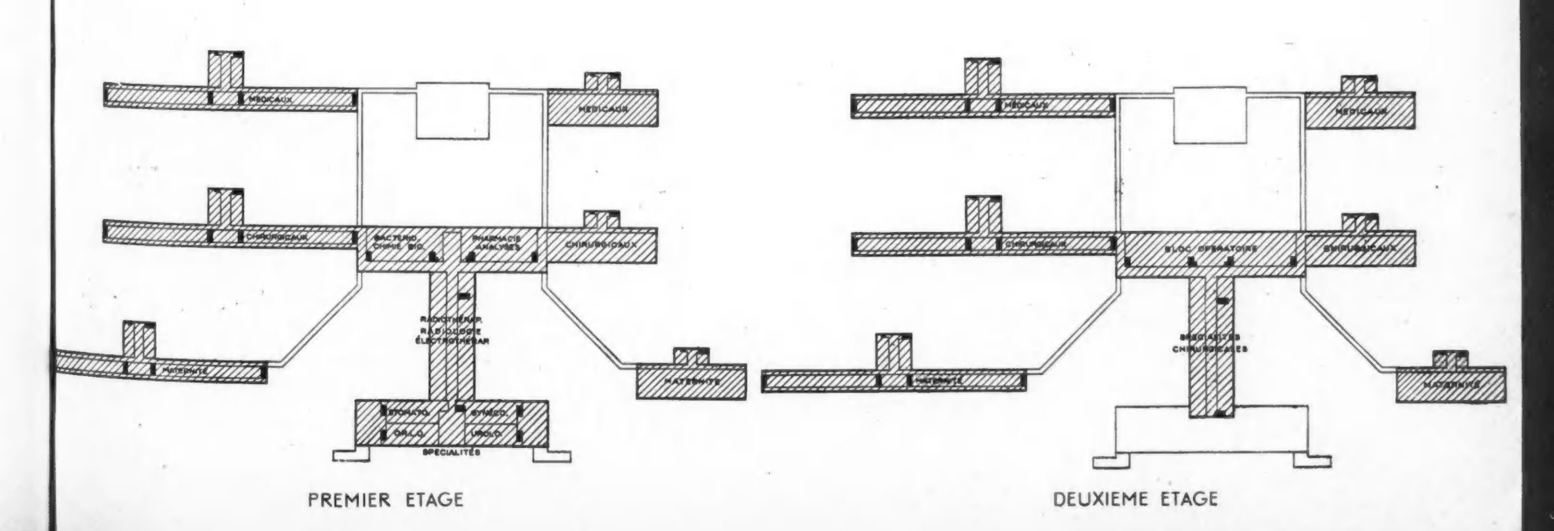
PREMIER ETAGE

1. Circulation malades et personnel médical.
2. Circulation et parloir visiteurs.
3. Escalier des visiteurs.
4. Escalier malades et personnel.
5. Escalier secours.
6. Monte-malades.
7. Infirmiers.
8. Bureau du docteur.
9. Salle de garde.
10. Lingerie.
11. Pansements.
12. Hydrothérapie.
13. Dépôt d'étage.
14. Laverie.
15. Office.
16. Chambre 8 lits.
17. Isolement.
18. Groupe sanitaire.
19. Réfectoire.



REZ-DE-CHAUSSEE

1. Hall des malades transportés.
2. Hall des visiteurs.
3. Escalier des visiteurs.
4. Escalier des malades et du personnel.
5. Escalier de secours.
6. Monte-malades.
7. Infirmière.
8. Surveillante.
9. Office.
10. Laverie.
11. Brancards.
12. Groupe sanitaire.
13. Lingerie du pavillon.
14. Galerie de liaison.



PREMIER ETAGE

DEUXIEME ETAGE

HOPITAL CHURRUCA (BUENOS-AYRES)

ARCHITECTES : A. et O. VILAR, NOEL Y ESCASANI, P. FERNANDEZ SORALEGUI

Cet établissement, destiné au personnel de la Police municipale de Buenos-Ayres, contient 500 lits et possède en même temps un service très développé de consultations externes.

Il s'agit d'un monobloc rectangulaire de 123 mètres de long et de 15 mètres de large. Au niveau du rez-de-chaussée, un corps de bâtiment rattaché à la façade postérieure abrite les services de la cuisine.

L'établissement contient un **dispensaire** situé au rez-de-chaussée, des **services de consultations de spécialité** (oto-rhino-laryngologie, vénérologie, voies urinaires, ophtalmologie, gynécologie et radiologie); au premier et au deuxième étage, **une section d'hospitalisation** pour patients de deuxième classe au troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième, et pour patients de première classe au huitième étage.

Il s'agit d'un hôpital du type vertical « pur ». L'aspect extérieur de l'édifice exprime d'une façon particulièrement frappante l'organisation intérieure ainsi que la construction (réalisée en béton armé).



PLAN D'UN DEMI-ETAGE D'HOSPITALISATION.

1. Chambre à 2 lits. — **2.** Chambre à 3 lits. — **3.** Chambre à 6 lits. — **4.** Pièce de ménage. — **5.** Salle à manger pour les internes. **6.** Médecins. — **7.** Réserves. — **8.** W.-C. — **9.** Bains. — **10.** Salle de travail de l'infirmière. — **11.** Permanence de nuit. — **12.** Traitements. — **13.** Infirmières. — **14.** Salle de repos.

L'HÔPITAL ENSEIGNANT

HOPITAL CANTONAL ET UNIVERSITAIRE DE GENÈVE

ARCHITECTES : HOECHEL, NIERLE, LOZERON et ERB

Le problème de la reconstruction de l'Hôpital universitaire de Genève s'est posé en regard de trois facteurs importants; d'une part, la répartition des Instituts universitaires dans la ville; d'autre part, le maintien de l'institution dans une situation climatique favorable et l'exploitation sans interruption des services hospitaliers durant la reconstruction.

La réponse à la première simplifiait le problème, puisqu'on admettait la répartition des études universitaires en trois centres distincts :

1. Les sciences dites morales et économiques demeurant dans les batiments actuels au Cours des Bastions (Université).
2. La Section des sciences, avec laboratoires, dans un Centre scientifique à environ 700 m. de l'Université, en bordure de l'Arve.
3. Le Centre médical groupé autour de l'Hôpital universitaire, également à cette même distance de l'Université.

La ville de Genève et son territoire ont une population ne dépassant pas 200.000 habitants, pour laquelle un seul hôpital est suffisant, en tenant compte des cliniques privées. Cependant les bâtiments actuels sont trop exigus et ne correspondent plus aux nécessités de la technique médicale moderne. Ces deux raisons ont été déterminantes pour décider la construction du nouvel Hôpital.

L'ensemble des institutions hospitalières publiques et privées genevoises possède une moyenne de 8,36 lits pour 1.000 habitants. Ce chiffre correspond à l'ordre de grandeur de diverses villes de même importance. Il n'est donc pas nécessaire d'augmenter considérablement le nombre de lits.

D'autre part, les experts qui ont établi le programme du concours restreint, ouvert en avril 1944, ont basé leurs estimations sur le fait qu'un professeur ne peut contrôler plus de 200 malades dans sa section. Ceci limite nécessairement l'importance des bâtiments hospitaliers à un millier de lits, soit, en déduisant la Maternité et les Cliniques infantile et ophtalmologique déjà construites à proximité, à environ 700 lits pour le nouvel établissement.

Le Centre hospitalier universitaire sera au surplus allégé par un second hôpital, dit « Hôpital B », de 200 à 300 lits, placé sous la même direction médicale et qui recevra les convalescents et les malades chroniques. L'utilisation sera ainsi plus rationnelle et surtout plus économique, les frais d'exploitation dans ce second hôpital étant fortement réduits par rapport à ceux de l'Hôpital principal.

Les deux alternatives : maintien de l'Hôpital sur l'emplacement actuel ou construction sur un autre terrain ont été soigneusement examinées. La construction sur un nouvel emplacement obligeait à un éloignement du Centre universitaire préjudiciable à l'enseignement. Genève a donc adopté, comme Bâle et Zürich, le principe de la reconstruction sur l'emplacement actuel, ou à proximité immédiate.

D'un concours limité à une douzaine de projets, les propositions de MM. Hœchel et Nierlé, ainsi que de MM. Lozeron et Erb furent retenues. Les architectes ont reçu mission d'établir le projet définitif (voir photo des maquettes).

Le projet est actuellement près d'être terminé, mais il est prématuré d'en publier les plans détaillés. Il peut être utile de connaître le principe de reconstruction par étapes, car ce problème présente les difficultés les plus sérieuses (voir plans des étapes de reconstruction).

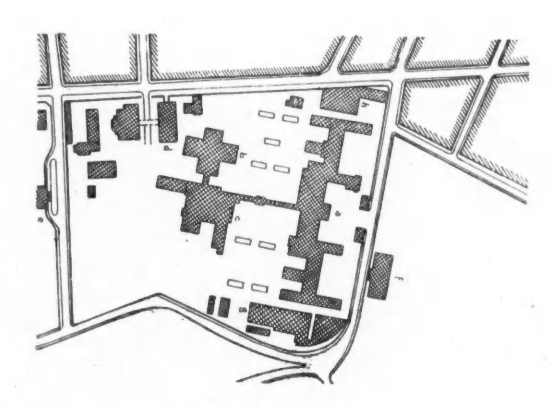
Il va de soi qu'un programme de cette nature ne peut avoir pour résultat un prototype d'hôpital, car il s'agit pour les architectes de respecter des sujétions particulièrement lourdes dont les traces doivent ensuite disparaître complètement à la lecture du projet réalisé. Il n'est donc pas surprenant de constater que la conception architecturale des trois plus importants ensembles hospitaliers de Suisse présentent, malgré un programme semblable, des différences notables, en raison de conditions locales très différentes.

La première étape de construction qui doit débuter dans le courant de l'année 1948 comprend trois bâtiments :

1. Le bâtiment des polycliniques qui renferme également la pharmacie et le laboratoire central.
2. Le bâtiment d'enseignement des polycliniques qui groupe deux grandes salles de cours et un amphithéâtre de 140 places.
3. Le bâtiment central, partie du futur bâtiment des directions et traitements et qui, dans la période transitoire, sera aménagé avec des chambres de malades (100 lits supplémentaires). Ce bâtiment assurera en même temps la liaison entre les polycliniques et l'ancien hôpital.

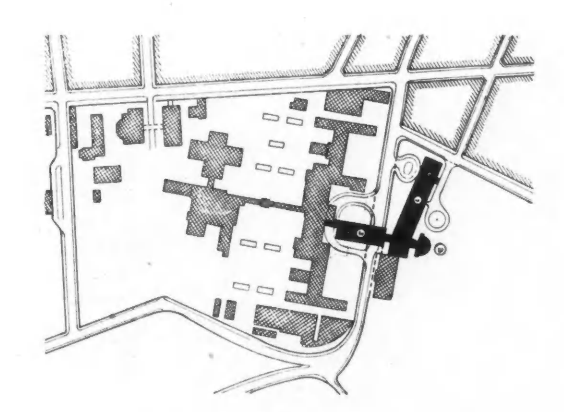
Ces bâtiments représentent 56.000 m3 de construction.

PLANS DES ETAPES DE RECONSTRUCTION



ETAT ACTUEL 1947.

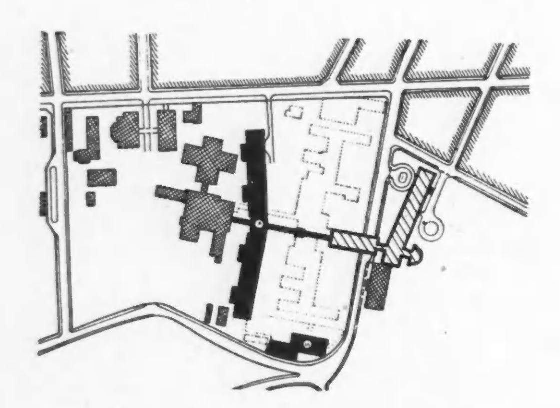
a. HOPITAL ACTUEL. — **b.** SERVICE OPERATOIRE. — **c.** BATIMENT DES LITS CHIRURGIE. — **d.** INSTITUT PATHOLOGIQUE. — **e.** MATERNITE. — **f.** INSTITUT DENTAIRE. — **g.** BUANDERIE — **h.** CUISINE.



PREMIERE ETAPE DE CONSTRUCTION.

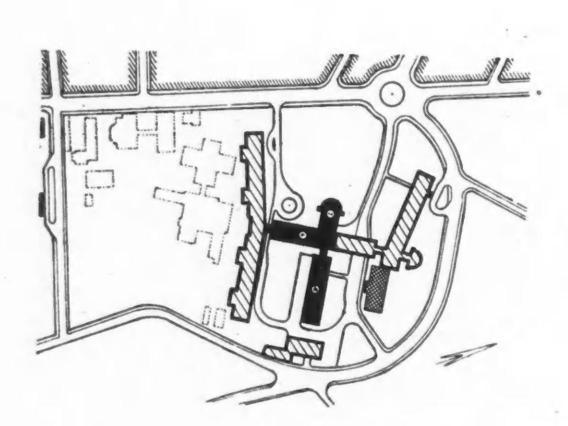
1. BATIMENT DES POLYCLINIQUES — **2.** ENSEIGNEMENT POLYCLINIQUE. — **3.** BATIMENT CENTRAL. (Amorce du Bâtiment des Directions et Traitement).

Perspective isométrique montrant l'ensemble des bâtiments du nouvel Hôpital cantonal de Genève, avec indications des divers services et des relations entre eux.



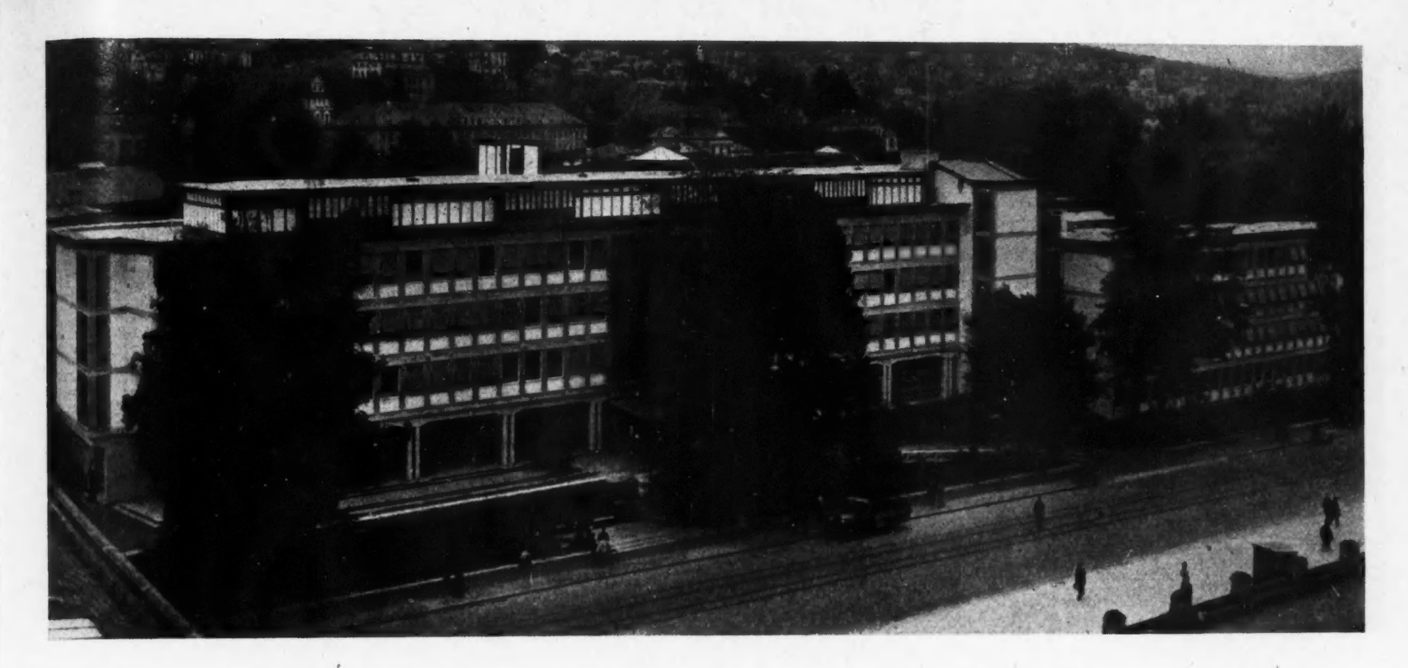
DEUXIEME ETAPE DE CONSTRUCTION.

4 Bâtiments des lits. — **5** Cuisine.



TROISIEME ETAPE DE CONSTRUCTION.

6 Bâtiment des Directions et Traitements (dernière partie).
7 Enseignement cliniques. — **8** Groupe opératoire.



HOPITAL CANTONAL ET UNIVERSITAIRE DE ZURICH

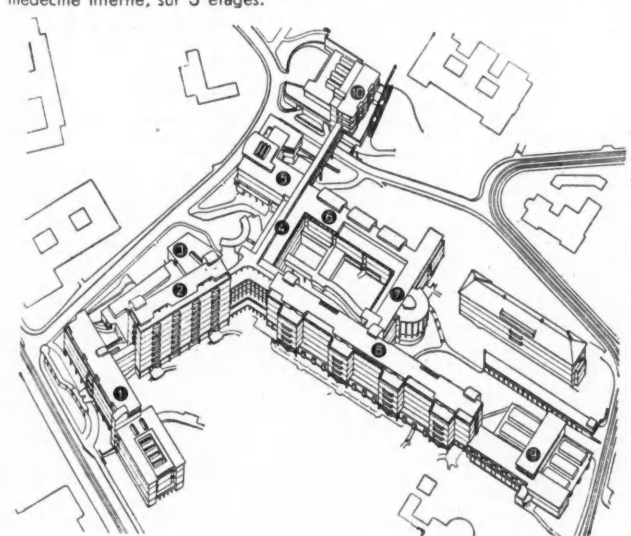
ARCHITECTES : ARTER et RISCH, HAEFELI-MOSER-STEIGER, LANDOLT, LEUENBERGER et FLUECKIGER, SCHUETZ, WEIDELI, Dr. FIETZ

Le projet de l'hôpital est né de la nécessité où on se trouvait d'agrandir l'ancien hôpital qui date de 1840. A un certain moment le déplacement du centre hors la ville fut envisagé, mais cette solution fut abandonnée par la suite et on décida de réaliser la construction sur le terrain actuel.

On prévoit dans le cadre du projet 647 lits dans les constructions nouvelles en addition aux 622 lits des services qui continueront à fonctionner dans les bâtiments anciens (maternité, gynécologie, dermatologie, services spéciaux de médecine interne).

Le terrain est celui de l'ancien hôpital cantonal, situé au milieu du quartier universitaire de la ville de Zurich. Il mesure environ 70.000 mètres carrés, dont 39.000 m2 environ formeront le jardin devant les façades principales des 2 pavillons d'hospitalisation.

L'obligation de construire sur l'emplacement de l'ancien hôpital a imposé une réalisation en étapes multiples et une disposition particulière des constructions. Le pavillon hospitalisation « Ouest » est construit sur 8 étages et contient principalement les lits des cliniques de spécialités, tandis que le pavillon « Est » est réservé aux lits de chirurgie et de médecine interne, sur 5 étages.



1. Polyclinique. — **2.** Hospitalisation Ouest. — **3.** Polyclinique chirurgicale. — **4.** Admission. — **5.** Pathologie. — **6.** Opérations. — **7.** Auditorium. — **8.** Hospitalisation Est. — **9.** Thérapie physique. — **10.** Cuisines.

L'admission des malades est placée à la jonction des 2 pavillons d'hospitalisation, dans une aile formant liaison entre l'hospitalisation d'une part et le bâtiment opératoire d'autre part. Ce dernier est disposé parallèlement au pavillon Est; il comporte le radiodiagnostic, et, dans sa prolongation, la pathologie. Une deuxième liaison est formée par l'aile de l'auditoire. La radiothérapie est placée au pied du pavillon Ouest, en liaison étroite avec les polycliniques qui se trouvent sur l'artère principale et comprennent également la pharmacie cantonale. La thérapie physique (bains-hydrothérapie avec sa polyclinique) et placée au pied du pavillon Est et à son extrémité. Profitant de la forte pente du terrain dans sa partie Nord, les cuisines ont été disposées à l'extrémité Nord du terrain à la hauteur du dernier étage du pavillon Est; elles sont reliées aux services d'hospitalisation au moyen d'une passerelle. Les bâtiments existants de l'anatomie et de la dermatologie s'inscrivent dans le plan d'ensemble, le premier au Sud du pavillon Est, le deuxième à l'extrémité Est du terrain.

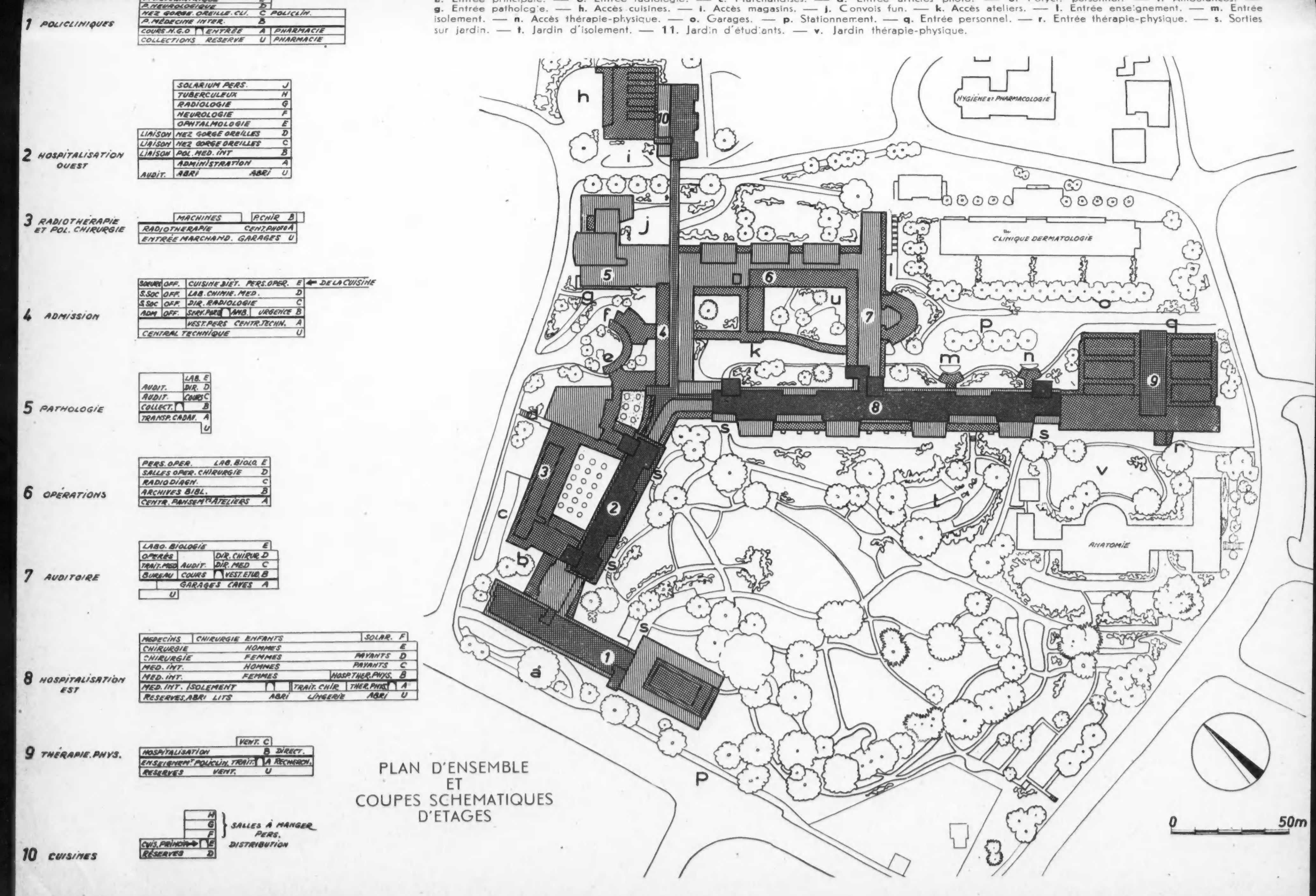
L'entrée principale est en même temps celle des polycliniques, à l'artère principale. Elle est également utilisée par les étudiants. L'admission des malades amenés en ambulance se passe dans un hall fermé et chauffé. A proximité de cette admission se trouve l'entrée centrale pour le personnel. Un grand nombre d'entrées secondaires desservent directement les centres de traitement, la pathologie et les services généraux.

Médecine interne et chirurgie (pavillon Est) comportent des « unités de soins » de 25 lits chacune. Chaque unité comprend 2 salles de 8 lits, 4 salles de 2 lits et une chambre d'isolement, donc un total de 25 lits, ainsi qu'une salle de séjour.

Les locaux pour traitements, opérations et recherches ne sont pas centralisés, mais toujours attenant aux stations d'hospitalisation correspondantes.

Les locaux d'enseignement placés le plus près possible de l'hospitalisation, sont groupés en deux centres : celui qui correspond au pavillon Est, comporte le grand auditorium servant à la médecine interne et à la chirurgie; le deuxième attenant aux cliniques spécialisées comprend 2 auditoria de polyclinique.

Le service social (infirmières-visiteuses), le service des cultes et la bibliothèque des malades disposent également de locaux. Les bureaux de la direction et de l'administration sont placés à proximité des admissions et des polycliniques. Les cuisines, situées au niveau des étages supérieurs et à l'écart, sont reliées par passerelle aux services d'hospitalisation. Le système de distribution de la nourriture prévoit la préparation des repas en grandes quantités, et leur finition dans des « cuisines de distribution » situées à proximité des services d'hospitalisation. La centrale thermique est raccordée au système de chauffage à distance à eau surchauffée. La ventilation est prévue en appoint à l'aération naturelle, et seules les salles d'opération et de dissection, les grands auditoria et quelques locaux spéciaux seront munis d'un conditionnement d'air.



PLAN D'ENSEMBLE ET COUPES SCHEMATIQUES D'ETAGES

a. Entrée principale. — b. Entrée radiologie. — c. Marchandises. — d. Entrée articles photo. — e. Polycl. personnel. — f. Ambulances. — g. Entrée pathologie. — h. Accès cuisines. — i. Accès magasins. — j. Convois fun. — k. Accès ateliers. — l. Entrée enseignement. — m. Entrée isolement. — n. Accès thérapie-physique. — o. Garages. — p. Stationnement. — q. Entrée personnel. — r. Entrée thérapie-physique. — s. Sorties sur jardin. — t. Jardin d'isolement. — 11. Jardin d'étudiants. — v. Jardin thérapie-physique.

a. Entrée principale. — b. Entrée radiologie. — c. Marchandises. — d. Entrée articles photo. — e. Polycl. personnel. — f. Ambulances. — m. Entrée

Pathologie

Clinique médicale

Urgence

Ambulances

Admission

Polyclinique chirurgicale

Hospitalisation-Est

Clinique médicale

Institut de Physiothéraphie

PREMIER ETAGE.

ANATOMIE

Hospitalisation Ouest

Polyclinique médicale

Polyclinique

Hospitalisation-Ouest

Hospitalisation-Est

Amphitheatre

COUPE.

10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 m



L'HOPITAL CANTONAL ET UNIVERSITAIRE DE BALE

ARCHITECTES : E. et D. VISCHER, H. BAUR, BREUNING, LEU DURIG

PROGRAMME.

L'ancien hôpital de Bâle datait de 1842. Le développement de l'assistance publique et de l'enseignement médical, depuis cette date, est caractérisé par les chiffres suivants :

Population	26.300	43.540	172.340
Journées d'hospitalisation :			
a) Cliniques ..	116.417	62.856	214.058
b) Hospices ...	»	80.364	129.238
Etudiants	19	30	562
Opérations (clinique chirurgic.)	20	70	4.055

En août 1936, les architectes E. et P. VISCHER, Hermann BAUR, BREUNING, LEU DURIG furent chargés d'établir le projet d'un nouvel hôpital sur le terrain attenant à l'ancien hôpital des Francs-Bourgeois. C'est ce projet qui, après quelques modifications de détail, a été réalisé de 1940 à 1945.

Les bases du programme étaient les suivantes :

— utilisation des constructions existantes pour les cliniques d'oto-rhino-laryngologie et de dermatologie avec leurs polycliniques, l'hospice des vieillards et la pharmacie;

— raccordement des nouveaux bâtiments à la centrale de chauffage urbain;

— nombre de lits :

Clinique de médecine interne (y compris tuberculeux et contagieux	430
Clinique chirurgicale	390
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	85
Clinique de dermatologie	85
Hospice des vieillards (malades chroniques)	130
Radiologie	10
Institut pharmacologique	10
TOTAL	1.050

DESCRIPTION

a) Situation.

Les nouvelles constructions sont placées au centre de la ville de Bâle, à proximité immédiate de l'ancien hôpital, de l'Université et de ses divers instituts scientifiques, sur un terrain de 28.000 m2 environ. Les constructions couvrent une surface de 9.000 m2, les voie d'accès et les cours environ 7.000 m2. Le jardin du grand bloc d'hospitalisation a une surface de 18.000 m2. Il est isolé du bruit des rues par la construction du pavillon des contagieux.

Le bloc d'hospitalisation domine l'ensemble de ses huit étages. L'aile des « traitements » (opérations, polycliniques, auditoria, enseignement), est disposé parallèlement à l'hospitalisation, à laquelle elle est reliée par cinq travées de liaison. Elle ne comporte que trois étages. Cuisines, logement du personnel et centrale thermique se trouvent dans une aile à angle droit à l'extrémité Nord-Ouest du terrain. L'axe de symétrie du bloc d'hospitalisation et de l'aile des traitements divise ces deux bâtiments en médecine interne (moitié Ouest) et chirurgie (moitié Est).

b) Le bloc d'hospitalisation.

Les salles de maladies sont disposées en « unités » comportant deux salles de 6 lits et deux salles de 2 lits. Cette unité est sous la surveillance d'une sœur avec une aide-infirmière; les différentes salles comportent une communication interne. Une « station » est composée de 3 « unités » plus une salle supplémentaire de 2 lits et une salle de jour; elle comporte donc 50 lits. La station est munie des locaux accessoires suivants, disposés sur la face Nord :

2 chambres d'isolement, 2 salles de bains, salle d'examen avec bureau du médecin attenant, bureau de la sœur, 2 vidoirs, w.-c. pour malades et personnel, salle de matériel, office avec salle à manger des sœurs, 2 chambres de sœurs.

Les lavabos des malades se trouvent dans les salles mêmes. Chaque malade dispose d'un placard dans la salle pour ses effets.

La hauteur d'étage est de 3 m. 46 sous plafond. Les axes des fenêtres ont une distance de 3 m. 64. On obtient ainsi, par malade, une surface de 8,1 m2 et un cube de 28,35 m3 dans les salles de 6 lits; une surface de 11,85 m2 et un cube de 41 m3 dans les salles de 2 lits.

L'orientation de la façade Sud est déviée de 35° vers l'Ouest; elle assure une durée d'insolation maxima.

Chaque station est desservie par le groupe central d'ascenseurs et de monte-malades; elle comporte en outre une communication verticale dans son milieu, destinée surtout à la relation avec sa polyclinique et son traitement et aux relations internes des étages : on y trouve un monte-malades, un ascenseur, un monte-charge pour les déchets et un petit monte-charge pour les laboratoires.

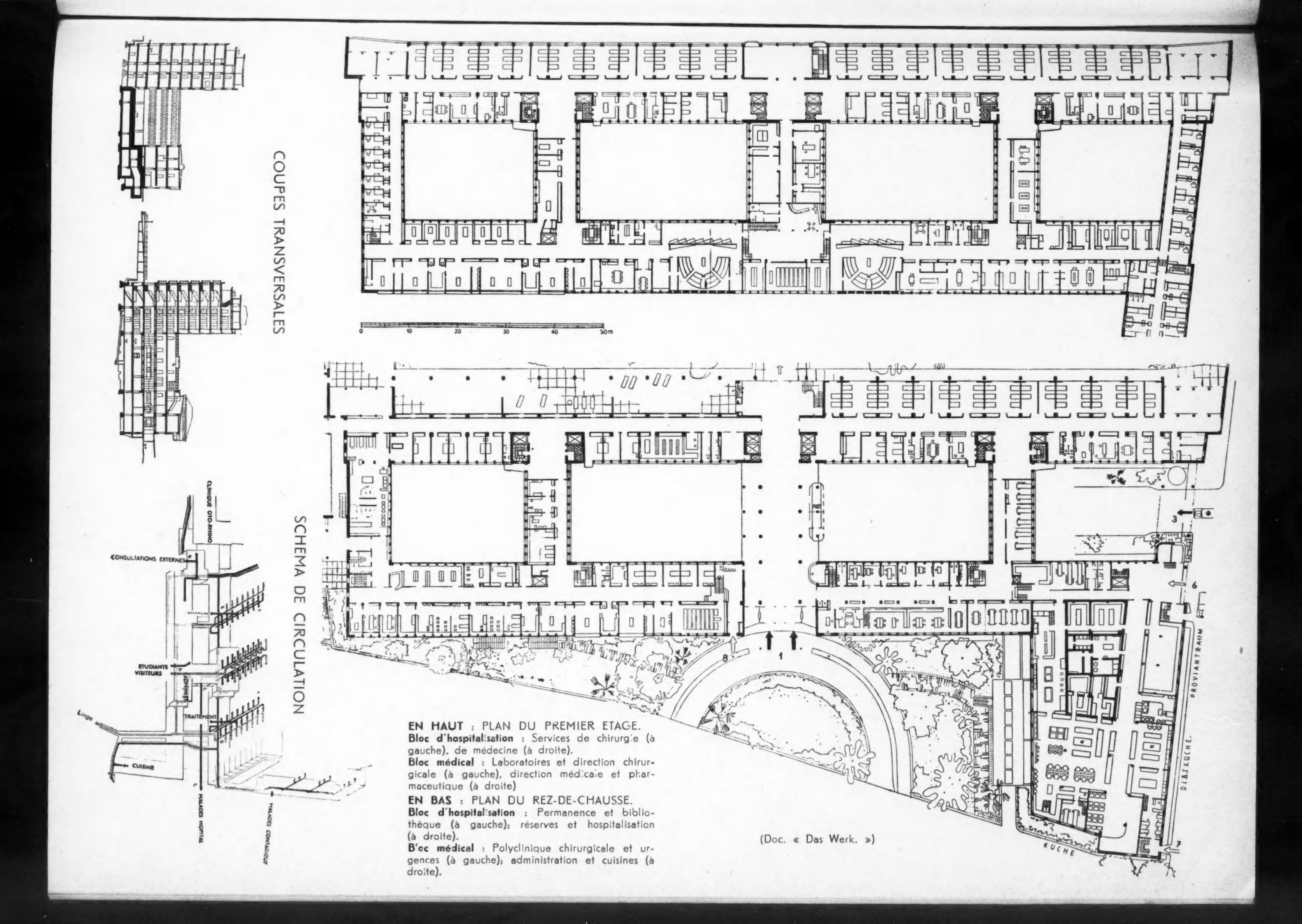
Les premier et deuxième étages sont réservés aux hommes, les troisième et quatrième aux femmes, le cinquième étage contient des stations spéciales sous surveillance d'un médecin-chef; aux sixième et septième étages se trouvent les chambres des malades payants. Enfin, le huitième étage est aménagé en solarium partiellement vitré pour malades et personnel.

c) L'aile des « Traitements ».

Elle contient au rez-de-chaussée l'entrée principale et les locaux de l'administration. Au premier étage de la partie centrale se trouvent les directions médicale et chirurgicale; au deuxième les deux grands auditoria de médecine et de chirurgie, avec accès spécial pour les étudiants.

La partie Est est occupée par la polyclinique chirurgicale au rez-de-chaussée, les laboratoires au premier, et le service opératoire au deuxième.

La partie Ouest contient les laboratoires de médecine et l'institut de pharmacologie. La polyclinique de médecine interne est logée dans un bâtiment existant; elle est autonome.



EN HAUT : PLAN DU PREMIER ETAGE.
Bloc d'hospitalisation : Services de chirurgie (à gauche), de médecine (à droite).
Bloc médical : Laboratoires et direction chirurgicale (à gauche), direction médicale et pharmaceutique (à droite)

EN BAS : PLAN DU REZ-DE-CHAUSSE.
Bloc d'hospitalisation : Permanence et bibliothèque (à gauche); réserves et hospitalisation (à droite).
Bloc médical : Polyclinique chirurgicale et urgences (à gauche); administration et cuisines (à droite).

(Doc. « Das Werk. »)

HOPITAL UNIVERSITAIRE DE WAYNE

(ÉTATS-UNIS)

SMITH, HINCHMAN ET GRYLLS, ARCHITECTES
Dr. BASIL Mc. LEAN, CONSULTANT

L'établissement projeté remplit les fonctions d'un hôpital général (de base) et d'un centre d'enseignement médical. Sa section d'hospitalisation est prévue pour contenir 588 lits.

Nous sommes en présence d'un monobloc en forme de H. L'aile la plus large abrite les services d'hospitalisation. Son extrémité en forme de croix abrite les services de consultations externes conçus comme quasi indépendants. La plus petite branche du H est réservée à l'enseignement médical; la branche transversale est occupée alternativement par l'hospitalisation et l'enseignement.

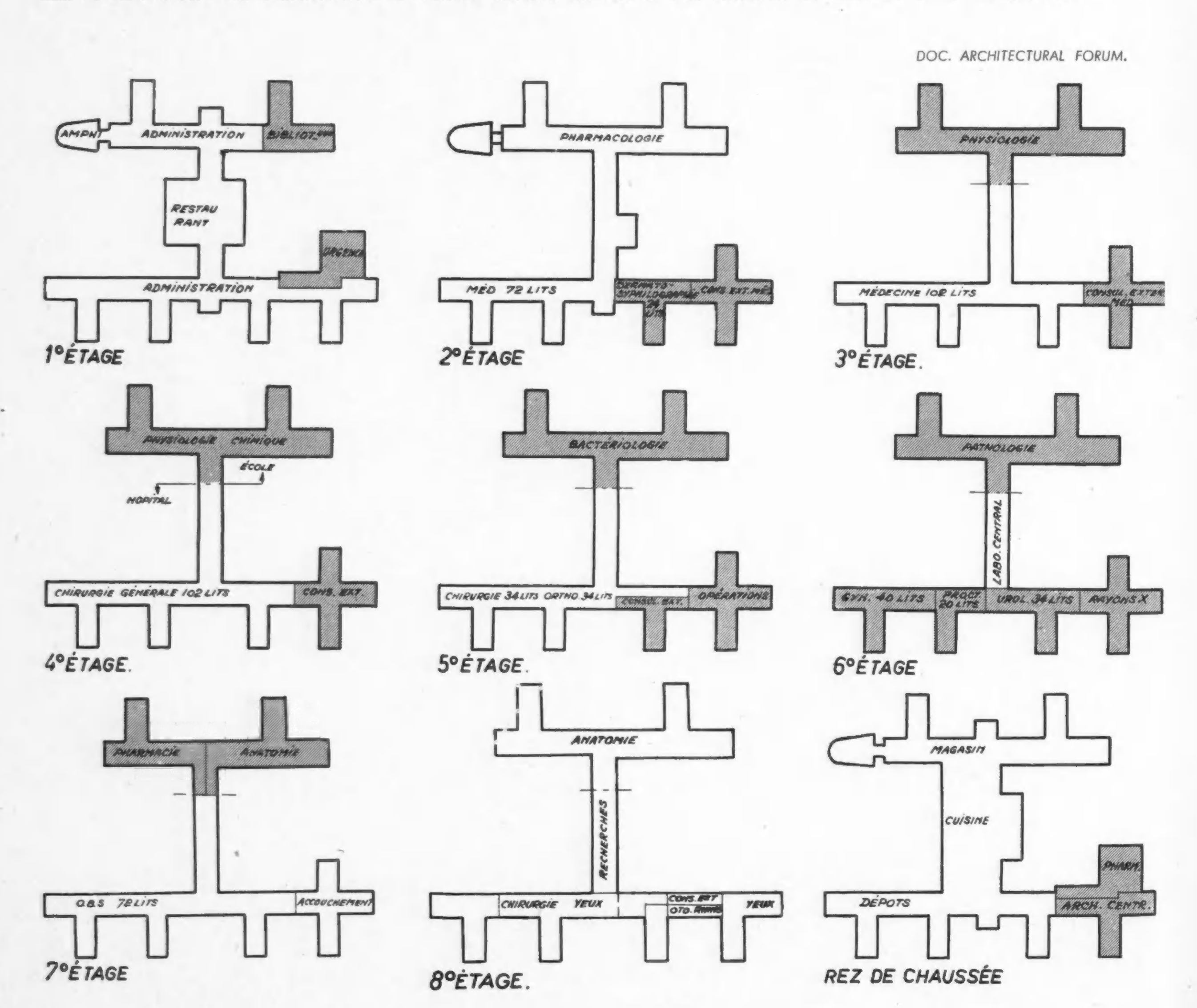
Les plans schématiques d'étage présentés plus bas renseignent suffisamment le lecteur sur l'organisation intérieure de l'établissement. Ces plans témoignent d'un souci évident de la part des architectes d'avoir à chaque étage un service de spécialité avec sections correspondantes d'hospitalisation, d'enseignement et de consultations externes.

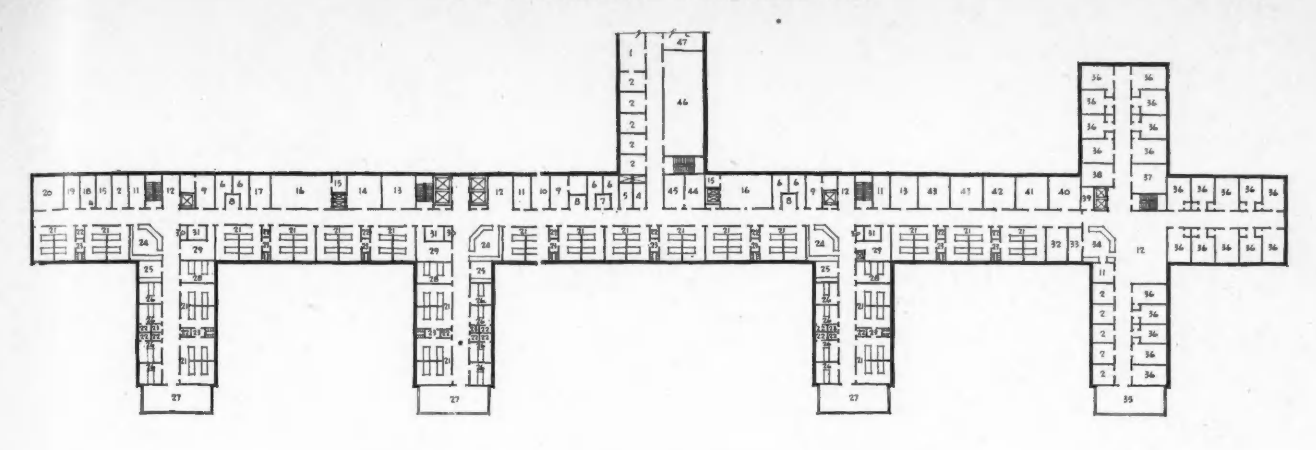
Le plan des étages témoigne en outre d'une standardisation très poussée des divers éléments de base : chambres de malades, locaux de service. La conséquence en est une certain rigidité de l'organisation toute entière, apparente dans le plan d'étage courant. Mais des raisons d'ordre, d'économie et d'entretien expliquent les dispositions adoptées, et les justifient pleinement.

PLANS SCHEMATIQUES D'ÉTAGES

L'établissement contient 10 étages. Les plans du 9e (habitations du personnel, laboratoires de photographie, autopsie) et du 10e (récréation) ne figurent pas dans la présentation. Les hachures indiquent les services d'enseignement, de diagnostic et de thérapeutique.

DOC. ARCHITECTURAL FORUM.





PLAN D'UN ETAGE COURANT D'HOSPITALISATION

1. Bureau d'étage. — **2.** Bureau pour le personnel médical. — **3.** Conduites. — **4.** Toilettes (femmes). — **5.** Toilettes (hommes). — **6.** Bains. — **7.** Surveillant. — **8.** Brancards. — **9.** Toilette des infirmières. — **10.** Bureau de l'infirmière chef. — **11.** Bureau de l'infirmière (de l'unité de soins). — **12.** Attente. — **13.** Salle de conférences. — **14.** Examen et traitement. — **15.** Bureau du diététicien. — **16.** Pièce de ménage. — **17.** Bureau de l'économe. — **18.** Pesées. — **19.** Réserves. — **20.** Laboratoires. — **21.** Chambre à 4 lits. — **22.** Toilette des patients. — **23.** Réserves. — **24.** Poste de l'infirmière. — **25.** Bureau de l'interne. — **26.** Chambre privée. — **27.** Solarium. — **28.** Chambre semi-privée. — **29.** Réserves. — **30.** Box pour médicaments. — **31.** Dépôt de linge sale. — **32.** Température constante. — **33.** Communication des fiches. — **34.** Bureau pour les consultations externes. — **35.** Salle de conférence des médecins. — **36.** Examen. — **37.** Laboratoire (pour travaux ordinaires). — **38.** Réfrigération. — **39.** Chambre noire. — **40.** Salle pour électro-cardiographe. — **41.** Bureau et archives. — **42.** Fluoroscopie. — **43.** Cardiographie. — **44.** Dépôt de fleurs. — **45.** Détritus. — **46.** Laboratoire de chimie. — **47.** Pesées.

SURFACES ET POURCENTAGE DES SURFACES POUR LES DIVERS SERVICES DE L'HOPITAL ENSEIGNANT DE WAYNE

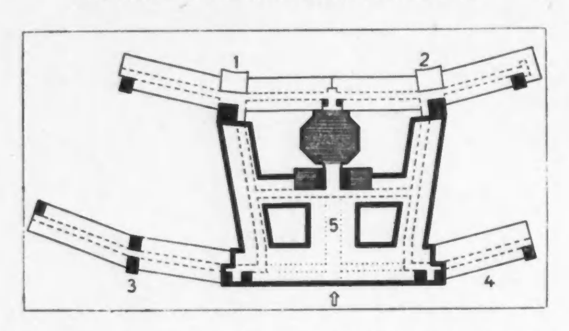
	M2	% de la surface totale
A. **HOSPITALISATION.**		
1. Lits	6.528	
2. Locaux de service . .	4.927	
TOTAL	11.455	21,7
B. **SERVICES ANNEXES.**		
1. Service opératoire . .	880	
2. Accouchement	930	
3. Nursery	410	
4. Laboratoire	60	
5. Urgences	785	
6. Réserves stériles . . .	440	
7. Garde-robe		
8. Convalescence	97	
TOTAL	3.512	6,8
C. **SERVICES SUPPLEMENTAIRES DE DIANOSTIC ET DE THERAPEUTIQUE.**		
1. Laboratoire central . .	605	
2. Radiologie	610	
3. Pathologie		
4. Physiothérapie	200	
5. Pharmacie	950	
6. Prise de sang	22	
7. Electrothérapie	60	
8. Consultations externes	4.908	
9. Gastroscopie	107	
TOTAL	7.462	14,2
D. **SERVICES GENERAUX.**		
1. Cuisines, Magasins . .	2.395	
2. Réception	144	
3. Entretien		
4. Usine	107	
5. Economat	357	
6. Conduites - passages souterrains	558	
TOTAL	3.561	6,8
E. **SERVICES ADMINISTRATIFS.**		
1. **Administration :**		
a) Directeur et Cadres	210	
b) Réunions	179	
c) Bureaux	481	
d) Admission	147	
e) Informations	351	
f) Bibliothèque des patients	90	
g) Archives	708	
h) Surfaces indéterminées	158	
i) Bureau de poste . .	106	
TOTAL	2.430	
2. **Visiteurs :**		
a) Hall	294	
b) Magasin p. cadeaux	16	
c) Café	58	
d) Toilettes	53	
TOTAL	421	
3. **Personnel médical :**		
a) Salle de séjour . .	97	
b) Salle des assistants		
TOTAL	97	
4. **Locaux p. employés :**		
Vestiaire des nurses . .	567	
Salle de séjour.		
Vestiaire des employés	308	
Salle de séjour.		
Cafeteria	465	
Restaurant	910	
Restaurant privé . . .	133	
TOTAL	2.383	
5. **Magasins :**		
Magasins, Machines . .	1.140	
TOTAL	6.771	12,1
F. **HABITATIONS RESIDENTS.**		
Habitations	2.307	
Récréation	1.104	
TOTAL	3.411	
G. **ENSEIGNEMENT et RECHERCHES.**		
Laboratoires	2.879	
Santé Etudiants	208	
Amphithéâtres	763	
Salles de conférences	1.027	
Dissection		
Sciences	480	
Photographie	245	
Animaux	1.104	
TOTAL	6.706	12,7
H. **CIRCULATION.**		
Escaliers, ascenseurs, couloirs	10.113	
TOTAL	52.691	100 »

Les locaux dont la surface ne figure pas dans le tableau n'ont pas été évalués.

L'HOPITAL KAROLINSKA A STOCKHOLM

KARL WESTMANN, ARCHITECTE

1. CLINIQUE CHIRURGICALE.
2. CLINIQUE MEDICALE.
3. CLINIQUE POUR FEMMES.
4. CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.
5. PARTIE CENTRALE.



PLAN SCHEMATIQUE DE L'HOPITAL.

L'Hôpital Karolinska, achevé en 1939, est un centre de diagnostic et de traitement en même temps qu'un foyer d'enseignement universitaire. Il se compose d'un bâtiment principal sur sept étages, abritant les services hospitaliers proprement dits et d'autres pavillons destinés aux services spéciaux, ainsi qu'aux bureaux d'administration et au logement du personnel.

Le bâtiment principal comprend les services suivants :

Médecine : 175 lits, dont 25 privés;

Chirurgie : 175 lits, dont 25 privés;

Gynécologie, Maternité : 150 lits, dont 10 privés;

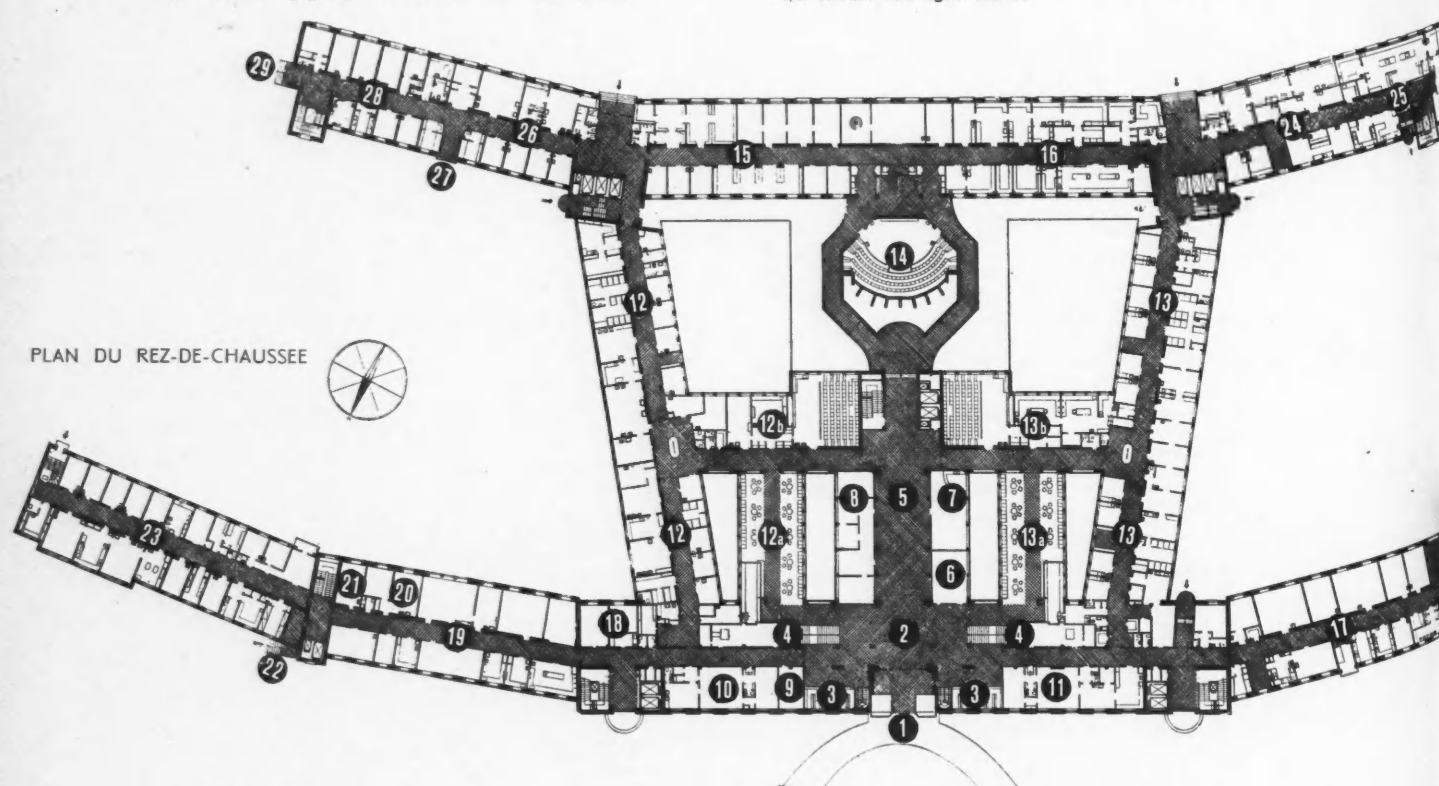
Oto-Rhino-Laryngologie : 90 lits, dont 10 privés;

Ophtalmologie : 75 lits, dont 10 privés;

Militaires : 100 lits, dont 8 privés.

La capacité de l'Hôpital, y compris les services spéciaux, est de 1.050 lits.

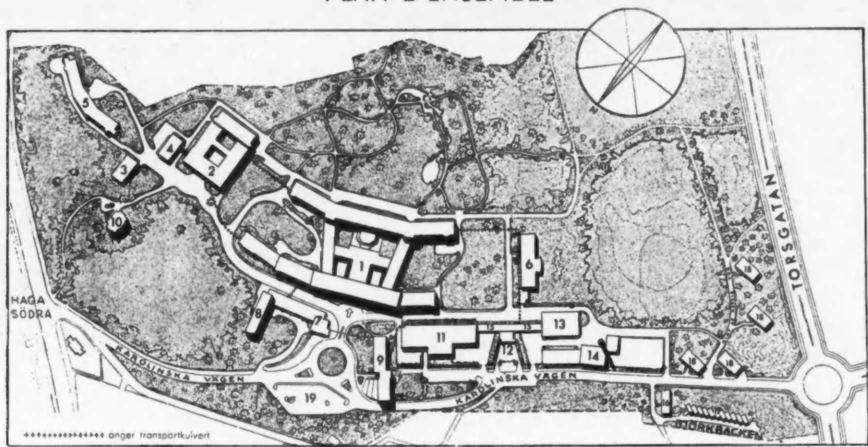
L'architecte a adopté pour le bloc principal le plan en forme de H. A chaque étage de ce bloc, nous trouvons les services correspondants de diagnostic, de traitement et d'enseignement pour une spécialité déterminée. La distribution spatiale des divers secteurs de l'Hôpital est très originale. L'architecte, à l'encontre des principes adoptés dans le cas de l'Hôpital Sgoder, a voulu donner à l'établissement tout entier une forme aussi peu conventionnelle que possible. Au lieu de blocs se coupant à angles droits, l'édifice se compose de plusieurs pavillons qui suivent une ligne brisée.



PLAN DU REZ-DE-CHAUSSEE

1 Entrée principale.
2 Vestibule.
3 Vestiaire des malades.
4 Vestiaire des visiteurs.
5 Hall.
6 Bureau d'entrée et de sortie des malades.
7 Cafeteria.
8 Bureau d'assistantes sociales.
9 Salle des porteurs de malades.
10 Réception du chirurgien-chef.
11 Réception du médecin-chef.
12 Polyclinique chirurgicale.
12a Salle d'attente.
12b Laboratoire.
13 Polyclinique médicale.
13a Salle d'attente.
13b Laboratoire.
14 Amphithéâtre.
15 Bibliothèque des cliniques médicales et chirurgicales.
16 Laboratoire central de chimie.
17 Clinique d'ophtalmologie. Salles du Service n° 1.
18 Salle des surveillantes.
19 Salle de conférences. Bureau. Laboratoire.
20 Bureau de professeur.
21 Bureau des médecins assistants.
22 Entrée du temple et des logements des internes.
23 Service de gynécologie, obstétrique.
24 Laboratoire de physiologie.
25 Laboratoire de bactériologie.
26 Urgence.
27 Entrée du service d'urgence.
28 Isolement.
29 Entrée du service militaire et de l'isolement.

PLAN D'ENSEMBLE



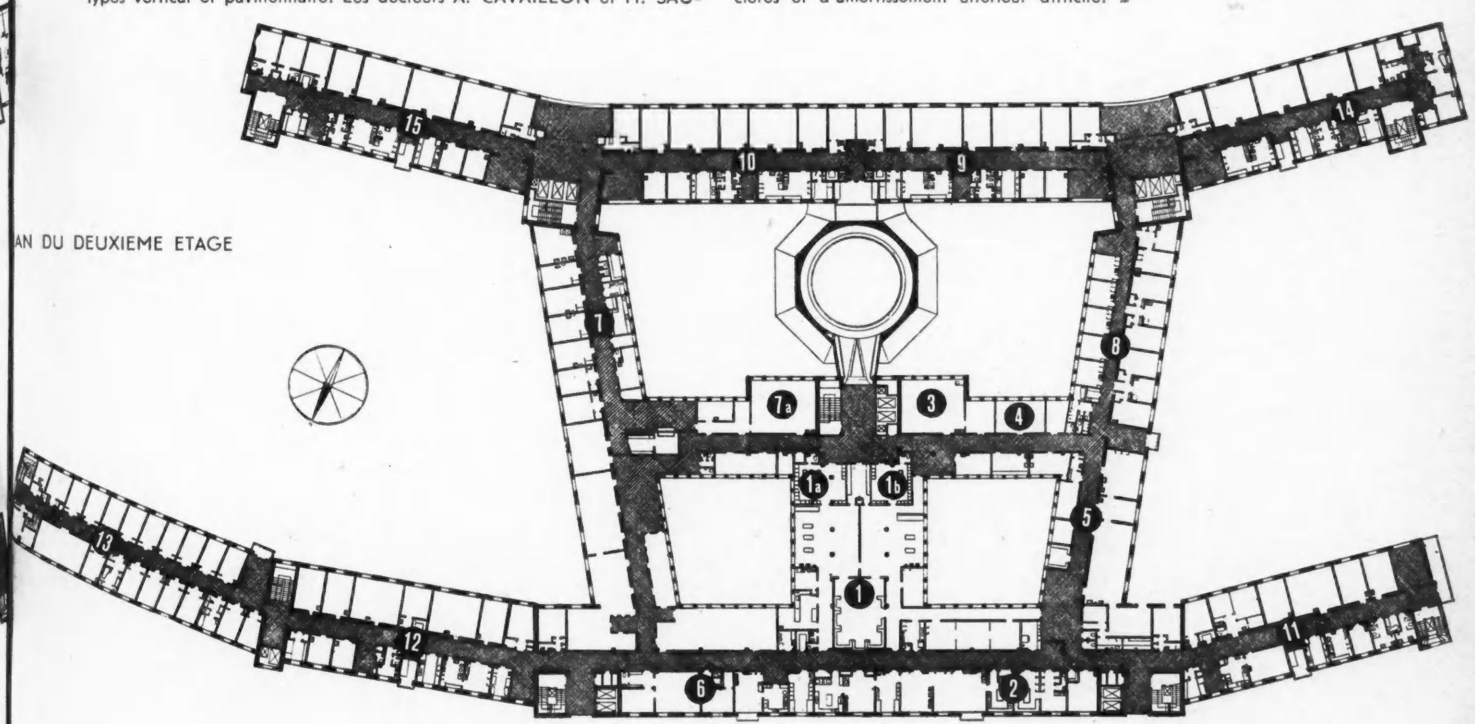
1. Bloc central. — **2.** Clinique de radiologie. — **3.** Institut de radiologie. **4.** Institut de radiopathologie. — **5.** Clinique psychiatrique. — **6.** Institut de pathologie. — **7.** Poste et locaux pour visiteurs. — **8.** Ecole d'infirmières. — **9.** Administraton. — **10.** Pavillon du gardien. — **11.** Magasins centraux. — **12.** Chapelle. — **13.** Magasins secondaires. — **14.** Boulangerie. — **15.** Garage. — **16.** Habitation du personnel. — **17.** Ateliers de réparation. — **18.** Habitations personnel.

Les corps de bâtiment donnant sur le Sud sont réservés à l'hospitalisation, tandis que dans les pavillons latéraux et dans ceux donnant au Nord, on trouve les « cellules techniques » : consultations externes, services de thérapeutique, laboratoires et enseignement. Au centre du groupe sont placés le grand amphithéâtre, les salles d'attente et les salles de conférences.

Par l'organisation des divers services ainsi que par sa conception même, l'Hôpital Karolinska représente une solution transitoire entre les types vertical et pavillonnaire. Les docteurs A. CAVAILLON et H. SAUTER, dans leur analyse extrêmement intéressante de cet établissement (« Techniques Hospitalières », février 1947), remarquent très justement qu'il y a deux facteurs qu'on pourrait incriminer dans l'organisation de l'Hôpital :

« le volume considérable de l'établissement par rapport à sa capacité d'hospitalisation ; »

« le nombre ou plutôt la répétition des installations techniques par rapport au nombre de lits, nécessitant de lourdes immobilisations financières et d'amortissement ultérieur difficile. »



- **1** Polyclinique d'ophtalmologie.
- **1a** Salle d'attente hommes.
- **1b** Salle d'attente femmes.
- **2** Salle d'opération de la clinique d'ophtalmologie.
- **3** Salle de conférences de la clinique d'ophtalmologie.
- **4** Bibliothèque et laboratoire de la clinique d'ophtalmologie.
- **5** Salle d'examen de la clinique d'ophtalmologie.
- **6** Réception du professeur.
- **7** Polyclinique de psychiatrie.
- **7a** Salle de conférences de la polyclinique de psychiatrie.
- **8** Chambres de garde pour le personnel opératoire.
- **9** Clinique médicale. Service d'hospitalisation n° 2.
- **10** Clinique chirurgicale. Service d'hospitalisation n° 2.
- **11** Clinique d'ophtalmologie Service d'hospitalisation n° 3.
- **12** Clinique de gynécologie. Service d'hospitalisation n° 2.
- **13** Chambres de garde des internes du service de gynécologie.
- **14** Clinique médicale. Service d'hospitalisation n° 3.
- **15** Service d'hospitalisation pour militaires.

LES HÔPITAUX SPÉCIALISÉS

HOPITAL DE WELFARE ISLAND
(ÉTATS-UNIS)

ARCHITECTES : CHARLES BUTLER ET L. M. FRANK

Chaque jour, se fait sentir de plus en plus le besoin de prévoir **des hôpitaux spécialisés** pour malades chroniques, en vue d'alléger les charges qui pèsent à cet égard sur les hôpitaux généraux.

Les malades chroniques peuvent être généralement classés en trois catégories, selon le degré de soins que nécessite leur état : la première catégorie comprend les malades ayant besoin de soins médicaux fréquents; la deuxième, ceux qui nécessitent les soins d'une infirmière spécialisée; la troisième, ceux n'ayant besoin que de soins courants ou d'une simple surveillance.

L'Hôpital de WELFARE-ISLAND est destiné à recevoir 1.500 malades de cette dernière catégorie.

Notons, en passant, qu'il faut distinguer ici les malades qui souffrent d'une incapacité permanente, de ceux qui, également incapables d'exécuter certains mouvements, sont néanmoins en mesure d'accomplir les principales tâches de la vie quotidienne.

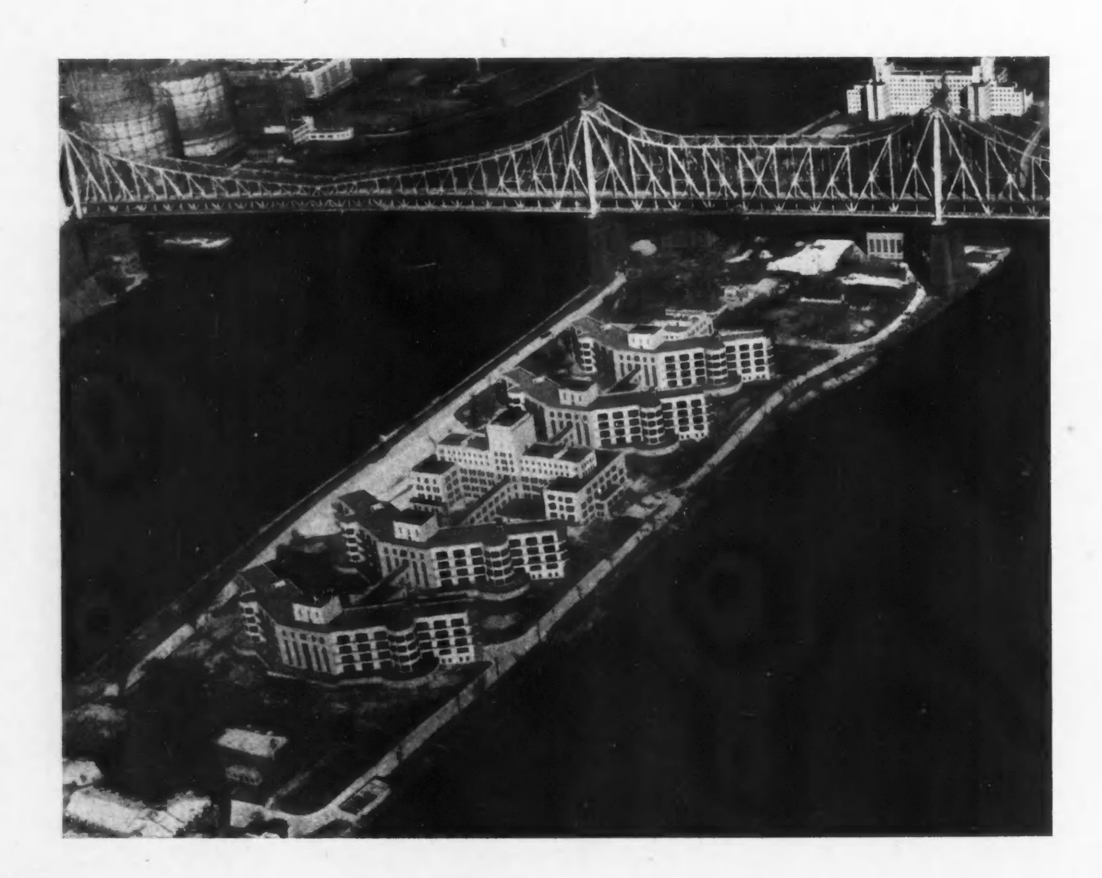
C'est le regretté Dr GOLDWATER, spécialiste des questions hospitalières qui prit, en 1935, l'initiative de construire un hôpital uniquement consacré aux maladies chroniques.

Le programme hospitalier élaboré par la suite, prévoyait des services d'hospitalisation et de traitement pour 1.500 malades. L'établissement même devait être situé à proximité du centre urbain, afin que les médecins consultants puissent facilement l'atteindre. Cette dernière considération a déterminé le choix du lieu de construction. L'emplacement choisi, du fait de son exiguïté, limitait dans une très large mesure la liberté des architectes.

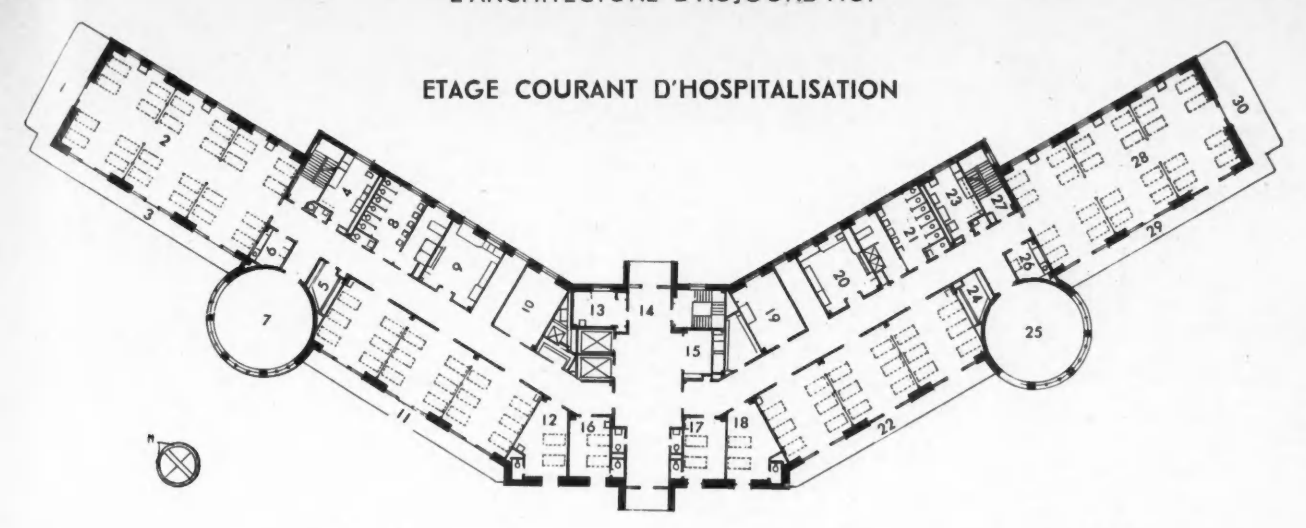
On songea d'abord à bâtir en hauteur (bloc de 16 étages pour l'hospitalisation), mais cette solution fut écartée par la suite et on décida de bâtir quatre blocs d'hospitalisation de quatre étages et un bâtiment central destiné aux services administratifs et thérapeutiques.

Des études minutieuses sur l'orientation et le prospect des bâtiments firent adopter la forme en V, l'inclinaison des branches du V par rapport à l'horizontale étant de 30°.

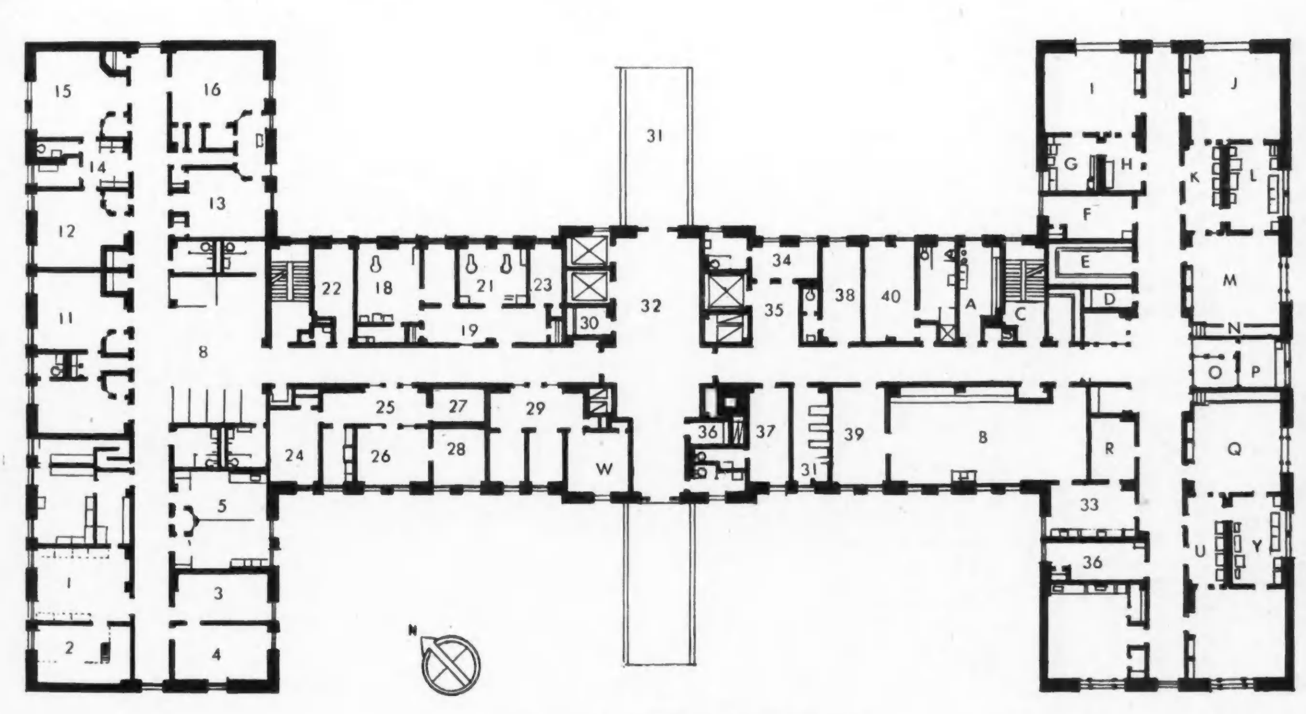
En ce qui concerne la circulation, l'entrée des patients, visiteurs, médecins et personnel, fut prévue sur le côté Est, tandis que l'approvisionnement de l'Hôpital devait s'effectuer sur le côté opposé.



ETAGE COURANT D'HOSPITALISATION



1. Terrasse. — 2. Salle de 24 lits. — 3. Balcon. — 4. Pièce de ménage. — 5. Linge. — 6. Salle de travail de l'infirmière. — 7. Salle de repos. — 8. Toilettes et W.-C. — 9. Cuisine. — 10. Salle de traitement. — 11. Balcon. — 12. Isolation. — 13. Dépôt. 14. Dégagement. — 15. Brancards. — 16. Isolation. — 17-18. Isolation. — 19. Salle de traitement. — 20. Cuisine. — 21. Toilettes et W.-C. — 22. Balcon. — 23. Pièce de ménage. — 24. Linge. 25. Salle de séjour. — 26. Salle de travail de l'infirmière. —27. Cage d'escalier. — 28. Salle pour 24 lits. — 29-30. Balcon.



3e ETAGE DU BATIMENT CENTRAL

1. Examen. — 2. Dépôt. — 3. Secrétaire. — 4. Radiologie. — 5. Salle de cystoscopie. — 6. Développement. — 7. Toilettes. — 8. Attente. — 9. Fluoroscopie. — 10. Réserve. — 11-12. Radiographie. — 13. Thérapie superficielle. — 14. Attente. — 15. Fluoroscopie. — 16. Diathermie. — 17. Corridor. — 18. Extraction de dents. — 19. Attente. — 20. Repos. — 21. Soins dentaires. — 22. Réserves. — 23. Bureau. — 24. Cardiographie. — 25. Attente. 26. Salle de travail. — 27. Cardiographie. — 28. Bureau. — 29. Métabolisme. — 30. Dépôt. — 31. Terrasse. — 32. Dégagement. — 33. Nettoyage des instruments. — 34. Donneurs de sang. 35. Ascenseur pour le service. — 36. Débarras. — 37. Vestiaire des infirmières. — 38. Visiteurs. — 39. Stérilisation. — 40. Vestiaires des docteurs. — A. Préparation des ordonnances. B. Salle de travail des infirmières. — C. Cage d'escalier. — D. Dépôt. — E. Linge. — F. Salle d'anesthésie. — G. Stérilisation. — H. Lave-mains. — I-J. Opérations. — K. Lave-mains. — L. Stérilisation. — M. Opérations. — N. Spectateurs. — O. Surveillance. — P. Laboratoire d'hystologie. — Q. Opérations. — U. Lave-mains. — V. Mise en plâtre. — X. Opération. — Y. Stérilisation. — W. Salle de travail.



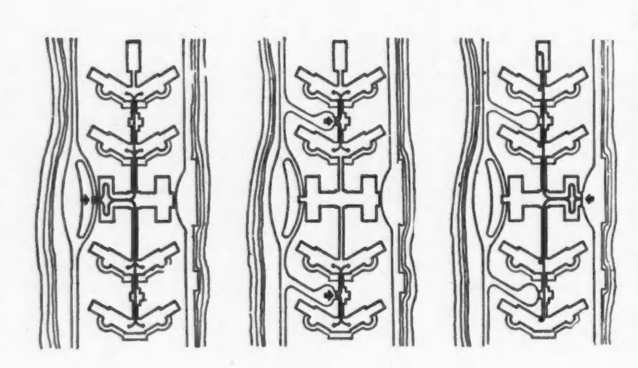
Tous les bâtiments sont reliés par de larges galeries qui peuvent être utilisés par les malades comme lieu de promenade et de repos. Entre chaque ensemble de deux bâtiments d'hospitalisation se trouvent placés un hall d'attente et une entrée pour les visiteurs. Ces derniers ayant ainsi un accès direct dans la partie hospitalisation, ne sont point obligés de passer par les services administratif. Les jours de visites le public se trouve ainsi judicieusement partagé en plusieurs groupes.

Les patients une fois admis sont transportés à travers la galerie à le salle d'hospitalisation à laquelle ils ont été assignés. S'ils ont besoin de traitements ou d'interventions chirurgicales on les amène au deuxième ou au troisième étage du bâtiment central. Les divers courants de circulation s'effectuent ainsi sur des niveaux différents : les infirmières et les malades utilisent la galerie du rez-de-chaussée, les visiteurs celles du premier, les malades en traitement ceux du deuxième étage.

Les blocs d'hospitalisation sont formés d'une section centrale et de deux ailes latérales dont les axes sont orientés respectivement Nord-Est et Nord-Ouest. Chaque aile comprend deux salles de 24 lits

Pour permettre aux malades, pour la plupart ambulants, de prendre de l'air et du soleil, de larges balcons ont été prévus sur le côté Sud des bâtiments. La perte de lumière des salles qui résulte de l'ombre portée des balcons a été compensée par l'aménagement de larges ouvertures.

Les locaux de service de chaque aile se trouvent sur le côté Nord de l'édifice et sont identiques dans leur organisation à ceux d'un hôpital général. Leurs dimensions ont été seules augmentées, pour permettre que les malades circulant à l'aide de béquilles ou dans des voitures puissent y accéder. Chaque aile comprend aussi une salle de séjour de forme circulaire à la jonction de deux unités de soins. Les parois de la façade Sud sont presque entièrement vitrées. De larges portions du rez-de-chaussée prévues à l'origine pour servir de magasins, sont actuellement utilisées comme salles de lecture et ateliers de réadaptation.



SCHEMA DE CIRCULATION
A GAUCHE : Malades ; AU CENTRE : Visiteurs ;
A DROITE : Approvisionnement.

Le bâtiment central contient au sous-sol, au rez-de-chaussée et au premier étage tous les services d'admission, les services généraux et les dépôts. Au deuxième et au troisième étages on trouve les services complémentaires de thérapeutique et de diagnostic, et au quatrième et cinquième les logements pour le personnel médical.

Le laboratoire, l'autopsie et la morgue ont été placés au Nord de la galerie dans un édifice à part.

VUE DE L'HOPITAL, SITUE AU CŒUR DE NEW-YORK



L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

PRINCIPES D'ORGANISATION

Dans une étude très remarquée sur « Une conception urbaniste de l'architecture médicale » (« Techniques hospitalières », mai 46), le Dr. Lucien BONNAFE a posé le problème de l'hôpital psychiâtrique d'une façon particulièrement saisissante.

Se plaçant d'abord sur le terrain général, il a constaté que la formule de l'Hôpital-bloc, par opposition au type pavillonnaire, constitue le terrain d'application privilégié de la rationalisation architecturale; il se demande cependant si « un tel instrument de travail ne risque pas, même au point de vue le plus étroitement scientifique, de se révéler incomplet ».

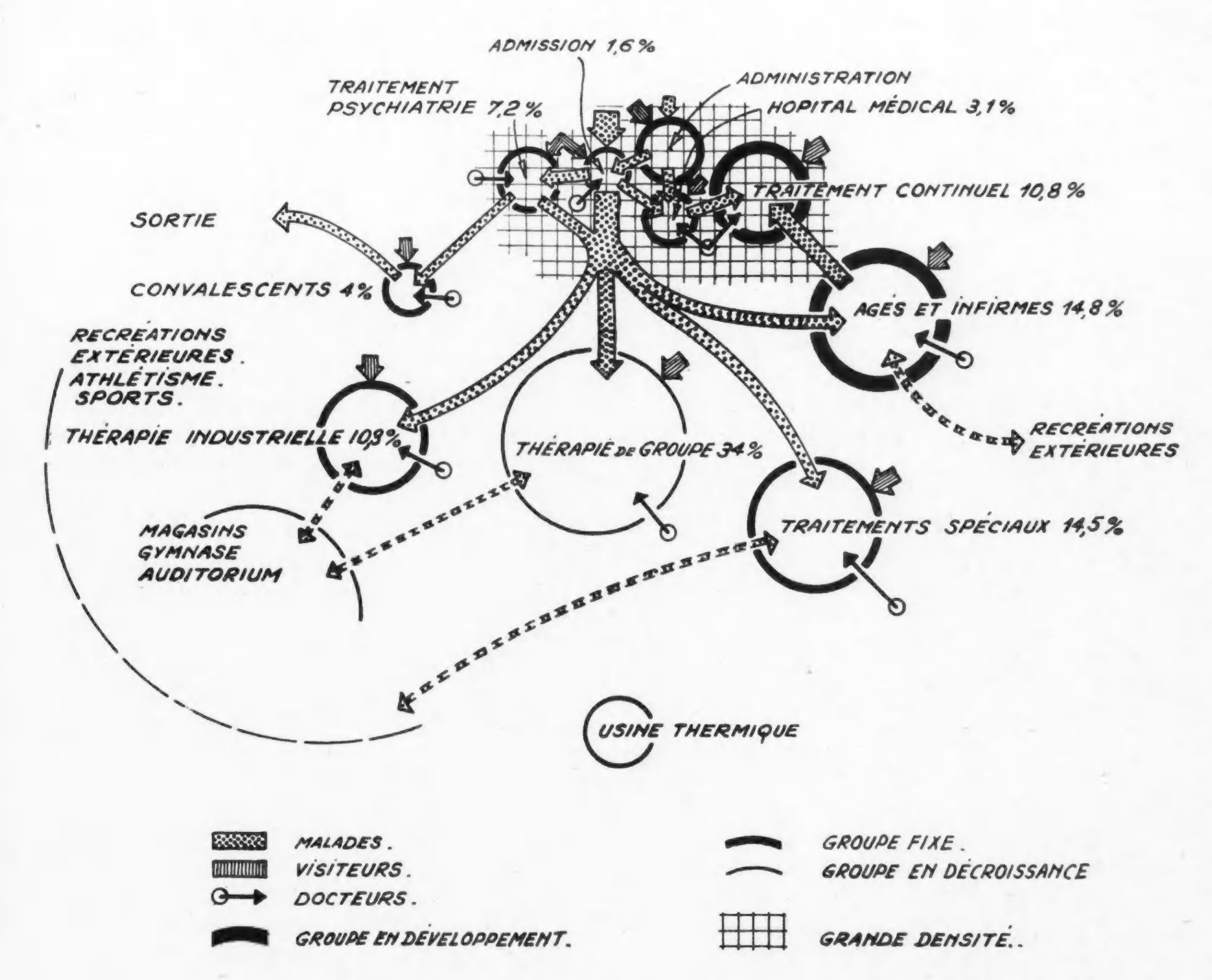
Il remarque que l'hôpital est moins fait pour le médecin que pour le malade et que, même en se plaçant sur un terrain proprement scientifique, on peut se demander si l'instrument de travail que représente l'hôpital ne se révélera pas comme incomplet.

« La médecine tend à une prise de conscience très élargie de ses tâches, dépassement de l'attitude étroitement centré sur l'organe malade, élargissement du rôle de la thérapeutique dans la durée, aussi bien dans la réadaptation que vers la prévention. »

« La tâche du jour reste la recherche d'une théorie antropologique de l'hospitalisation, de l'organisation sociale de la vie du malade à tous les modes de séjour, en particulier de l'inclusion du dispositif de cure rapide et alitement continu dans l'ensemble d'un équipement prévu aussi pour la convalescence et la réadaptation. Cette conception est une œuvre non d'architecture au sens étroit, mais d'urbanisme au sens le plus moderne . »

En se plaçant à ce point de vue, le Dr. BONNAFE étudie la question de l'hôpital psychiâtrique proprement dit. Il envisage le problème sous l'angle d'une science à peu près nouvelle : la psychologie de groupe, une discipline quasi nouvelle, développée principalement en Angleterre.

« Ce qui manque le plus en effet aux réalisations les plus récentes c'est l'ensemble des organismes centraux de vie sociale pratiquement encore inexistante. L'armature en est le travail, d'où la présence des divers services économiques courants où sont employés les malades et, articulés avec eux, des « ateliers médicaux » destinés à la thérapeutique par le travail proprement dit (ergothérapie). »



Doc. Architectural Forum

SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL DE NORTHVILLE (ETATS-UNIS)

A la lumière de ces données, le Dr. BONNAFE constate que l'objectif d'un hôpital psychiâtrique est d'agir « **sur la sociabilité restante** des malades mentaux, sur les possibilités que nous avons de l'accroître et sur les surprenants résultats thérapeutiques de cette action. »

« Il s'agit d'organiser une ambiance psychotérapique soigneusement étudiée et une thérapeutique par le travail généralisée, allant jusqu'à occuper 95 % des malades à une activité fixée par le médecin. »

« Ainsi, la tendance à la condensation observée en matière d'architecture hospitalière banale ne nous servira ici que de prétexte; il ne peut en effet rien y avoir de commun entre un hôpital-bloc et un centre de réadaptation sociale dont la paternité la plus directe revient à la formule de l' « Asile-village », très en faveur à l'étranger depuis déjà longtemps. »

En se basant sur ces données, le Dr. BONNAFE esquisse l'organisation d'un hôpital psychiâtrique avec « zones » suivantes : celui du **bloc hospitalier** proprement dit, celui des cliniques psychiâtriques et celui des services économiques « qui doivent être aussi largement que possible pénétrés d'activité économique. »

Il est incontestable que les idées exposées par le Dr. BONNAFE se justifient dans une large mesure en ce qui concerne l'organisation et la conception des hôpitaux psychiâtriques. Ce qui est par contre douteux, c'est que son idée puisse être appliquée à l'organisation hospitalière toute entière. Des raisons d'économie s'y opposent d'une façon formelle. Or, jusqu'à nouvel ordre ces raisons sont toutes puissantes.

Pour illustrer les tendances récentes en matière de construction d'hôpitaux psychiâtriques, nous présentons deux projets de date récente : le premier se rapporte à un hôpital psychiâtrique à NORTHVILLE (Etats-Unis); le deuxième, à un hôpital du type « Asile-village ».

HOPITAL PSYCHIATRIQUE POUR NORTHVILLE

Architectes : O'DELL HEWLETT et LUCKENBACH

Il s'agit d'un établissement du type « par zones ».

Une enquête très minutieuse a précédé l'élaboration du projet : sur la base des résultats acquis on élabora divers schémas de fonctionnement qui furent juxtaposés, comparés. Divers spécialistes des questions psychiâtriques coopérèrent à la rédaction du schéma définitif qui, comme on peut le voir, repose sur une classification très étudiée des divers cas pathologiques et, en conséquence, sur une répartition très judicieuse des diverses « zones ». La flexibilité est en outre une des caractéristiques les non moins intéressantes de ce projet.

L'organisation de cet établissement repose sur les points suivants :

Concentration dans un groupe compact des services administratifs et médicaux, de la recherche et du traitement des cas aigus. 770 patients pourront être hospitalisés dans cette partie; la plupart des patients, à l'exception de ceux nécessitant un traitement spécial, seront logés dans des édifices à un ou à deux étages.

Constitution d'une zone spéciale pour la thérapie industrielle et de groupe. Les malades seront ici hospitalisés dans des pavillons à un étage, le groupe des convalescents dans des maisons isolées, à rez-de-chaussée. Les pavillons à un étage contiennent 2.097 malades, ceux à rez-de-chaussée 1.057 et les maisons isolées 386.

PROPOSITION DE MM. LAURENS ET QUIMPEL.

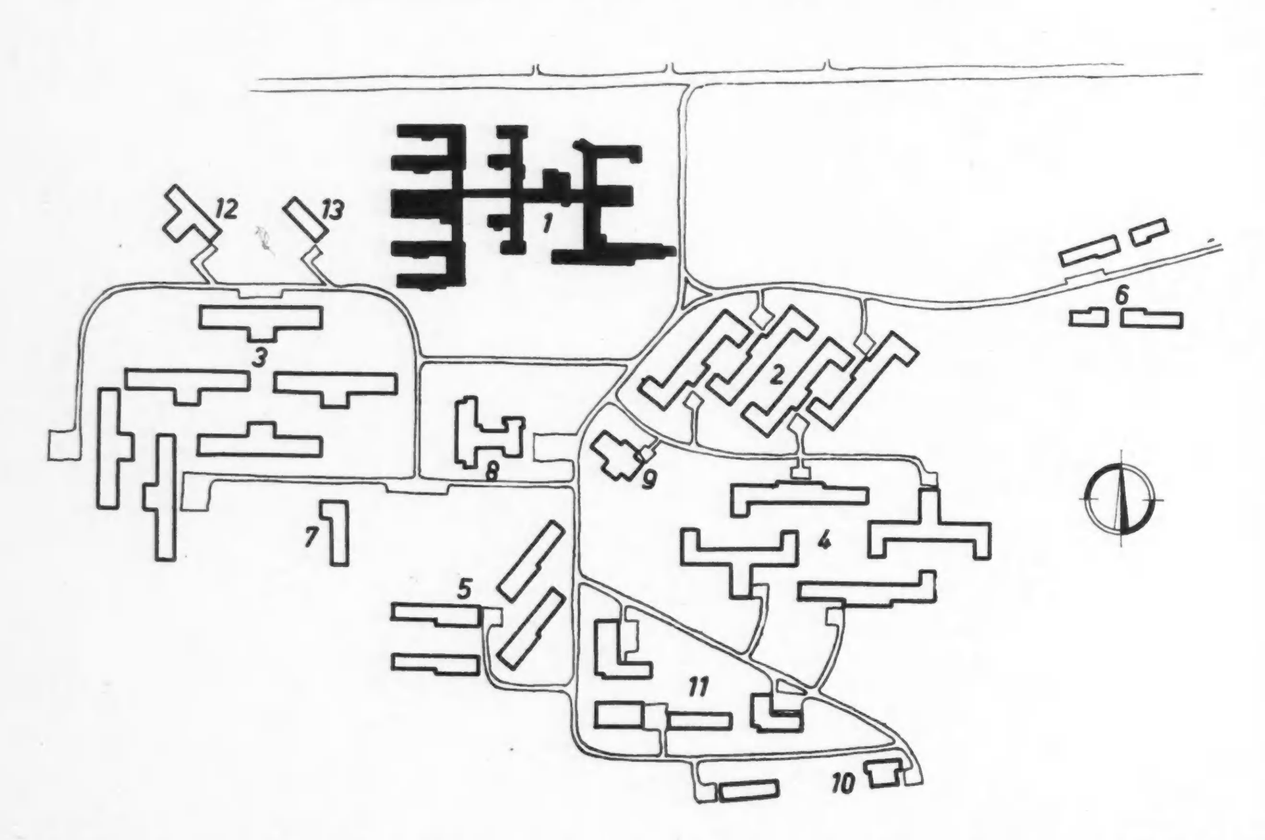
Le projet de MM. Laurens et Guimpel s'inspire comme nous l'avons déjà remarqué, de l'hôpital type « asile-village », préconisé par le Dr Bonnafe. La décentralisation y est naturellement très poussée, et les architectes ont tout fait pour donner à l'établissement un aspect aussi peu « institutionnel » que possible.

L'élément dominant de la composition est la place centrale autour de laquelle sont groupés les organismes sociaux et économiques du village, l'administration de l'hôpital, les services d'admission, le bloc d'hospitalisation.

Les services de réadaptation sont groupés dans des pavillons isolés.

S'il est difficile de soulever des objections de principe à la conception même de l'ensemble, on ne peut s'empêcher de penser aux coûts élevés qu'exigerait « le maintien en vie » d'un organisme aussi différencié que celui qui est préconisé par le projet en question.

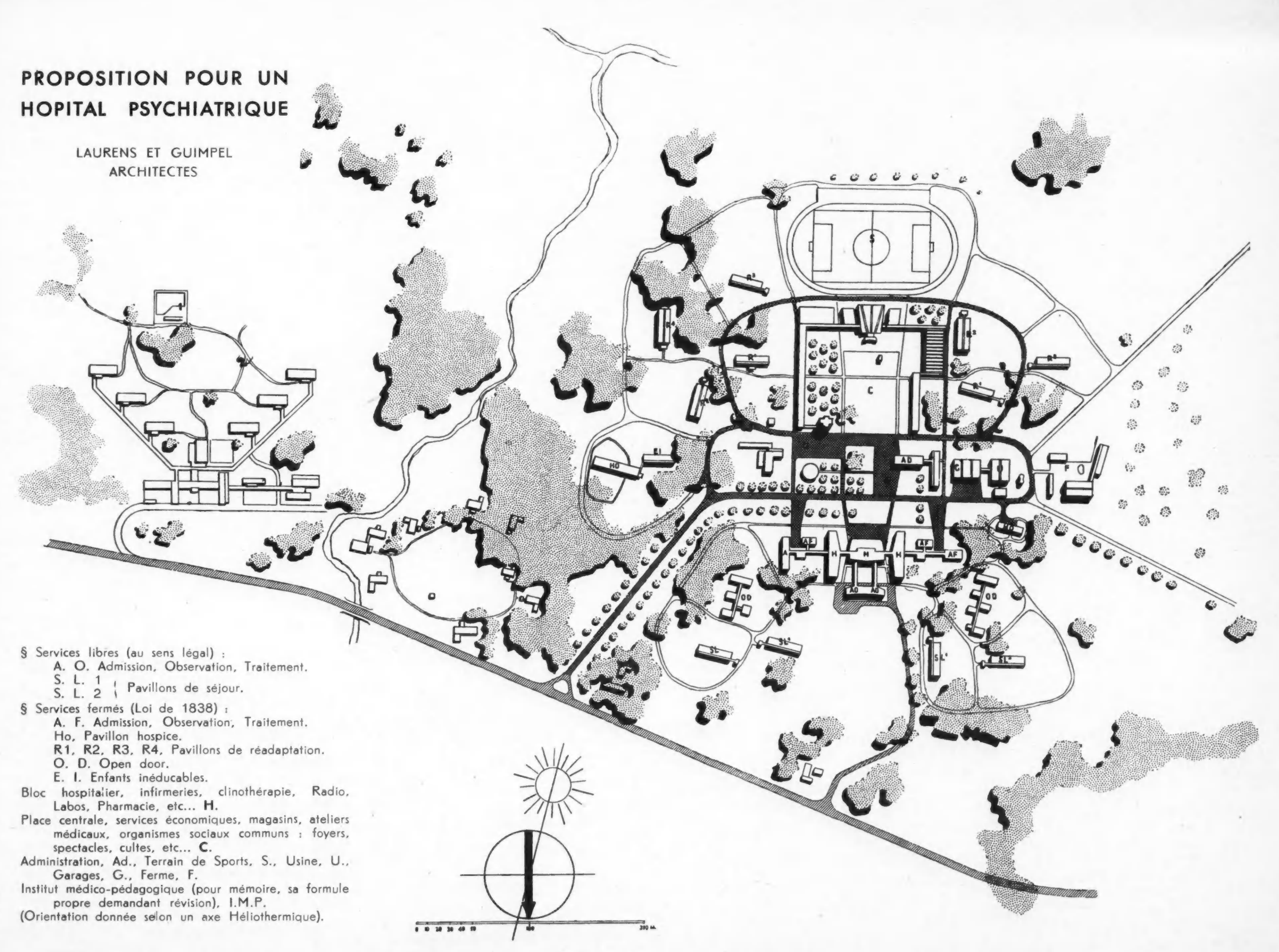
PLAN D'ENSEMBLE DE L'HOPITAL DE NORTHVILLE



1. BLOC PRINCIPAL. — **2.** INFIRMES ET PERSONNES AGEES. — **3.** PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES NERVEUX CHRONIQUES. — **4.** TRAITEMENTS SPECIAUX. — **5.** TRAVAILLEURS. — **6.** CONVALESCENTS. — **7.** THERAPIE OCCUPATIONNELLE. — **8.** THERAPIE PAR RECREATIONS. — **9.** CHAPELLE. — **10.** USINE THERMIQUE. — **11.** SERVICES GENERAUX. — **12.** BLOC D'APPARTEMENTS. — **13.** HABITATIONS DES INFIRMIERES.

PROPOSITION POUR UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE

LAURENS ET GUIMPEL
ARCHITECTES



§ Services libres (au sens légal) :
- A. O. Admission, Observation, Traitement.
- S. L. 1 / S. L. 2 — Pavillons de séjour.

§ Services fermés (Loi de 1838) :
- A. F. Admission, Observation, Traitement.
- Ho, Pavillon hospice.
- R1, R2, R3, R4, Pavillons de réadaptation.
- O. D. Open door.
- E. I. Enfants inéducables.

Bloc hospitalier, infirmeries, clinothérapie, Radio, Labos, Pharmacie, etc... **H.**

Place centrale, services économiques, magasins, ateliers médicaux, organismes sociaux communs : foyers, spectacles, cultes, etc... **C.**

Administration, Ad., Terrain de Sports, S., Usine, U., Garages, G., Ferme, F.

Institut médico-pédagogique (pour mémoire, sa formule propre demandant révision), I.M.P.

(Orientation donnée selon un axe Héliothermique).

PLANS-TYPES POUR UN HOPITAL DE TUBERCULEUX

BUREAUX DE CONSTRUCTION DES SERVICES DE SANTE DES ETATS-UNIS

Le traitement de la T.B.C. a subi des changements notables durant ces dernières années. En effet, on tend à considérer la tuberculose de plus en plus comme un cas aigu et l'intervention chirurgicale devient très fréquente en conséquence. Ce développement de la thérapeutique rend nécessaire un outillage très coûteux.

Il est évident qu'un établissement de moindre importance ne peut disposer d'un équipement adéquat et que le traitement de la T.B.C. n'est économique que dans des établissements pouvant contenir plusieurs centaines de lits.

On peut cependant concevoir des exceptions à cette règle. Ainsi des contrées possédant une densité de population très réduite ou peu de tuberculeux, peuvent se permettre un établissement dont le nombre de lits ne dépasse pas la centaine.

Les plans présentés ci-dessus correspondent à ces préoccupations.

En tout état de cause, tous les hôpitaux pour tuberculeux devront être situés à proximité d'un hôpital général possédant des services développés de chirurgie et de médecine, pour qu'on puisse faire appel à ces derniers en cas d'urgence.

Les considérations suivantes ont été à la base du projet.

Le bloc d'hospitalisation devait avoir une orientation Sud, être à l'abri des bruits du trafic et profiter des vents dominants.

L'organisation de l'hôpital devait tenir compte d'une segrégation en ce qui concerne l'âge, le sexe et l'état de maladie; des services appropriés de diagnostic et de thérapeutique devaient être situés dans le bâtiment principal, mais convenablement isolés des services médicaux.

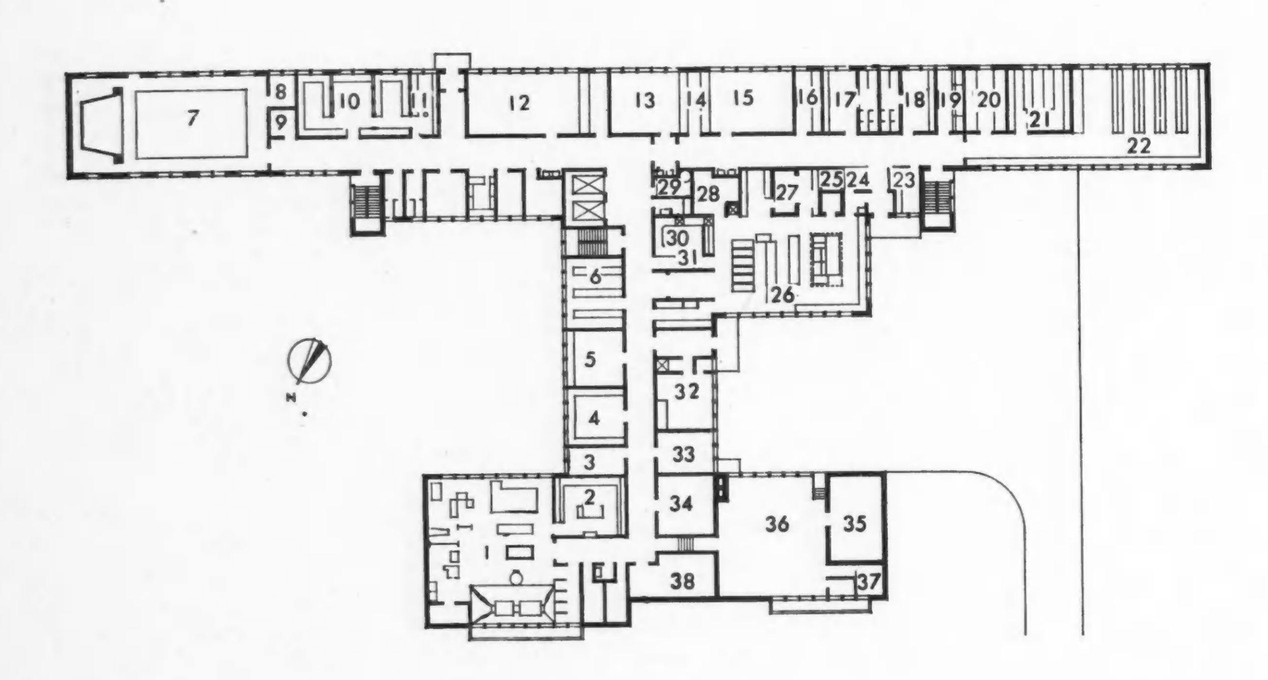
L'établissement devait comprendre en outre un service de consultations externes, des facilités pour la thérapie occupationnelle, des salles de séjour et divers services pour le personnel médical et infirmier.

Au **sous-sol** sont situés les services généraux.

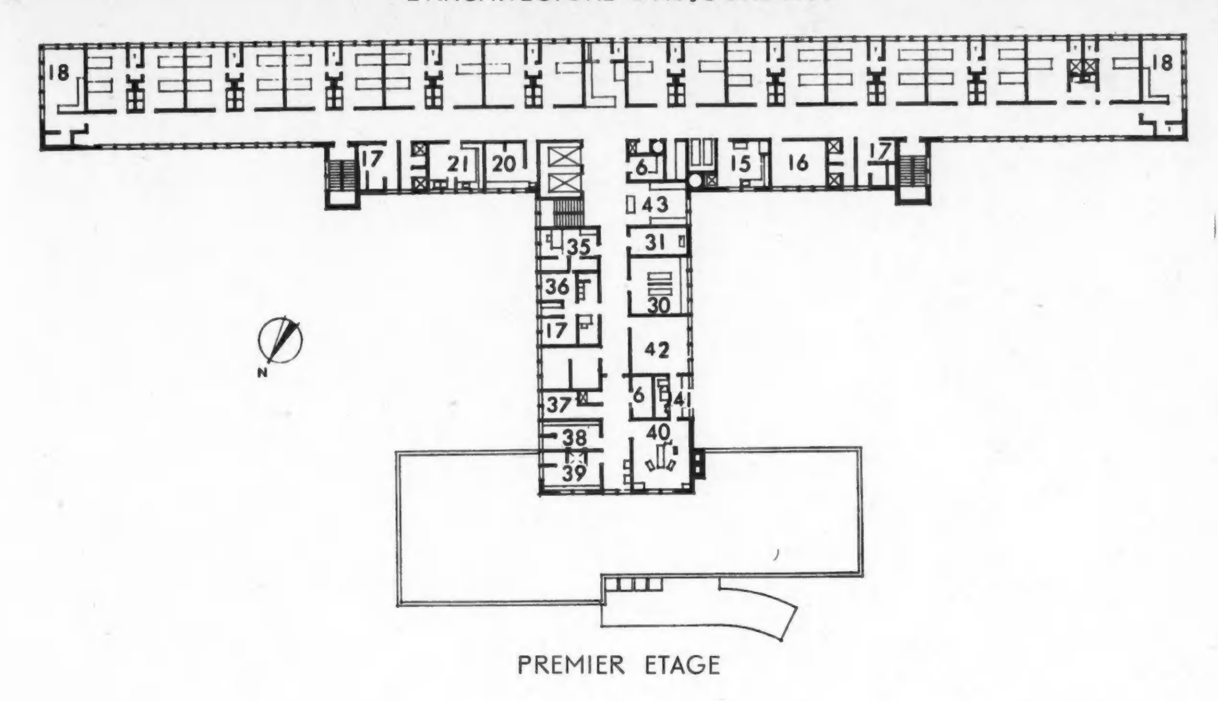
Au **rez-de-chaussée**, nous trouvons les services administratifs, une salle de séjour et de repos, une salle de conférences pour les médecins et la bibliothèque pour les patients; au **premier étage**, les services opératoires, ainsi qu'une salle de pneumothorax, de radiographie et de fluoroscopie. Les 100 lits sont répartis sur les trois étages de l'établissement, dans des chambres privées et semi-privées. Ces locaux sont identiques en plan de telle sorte que les chambres pourvues d'un équipement spécial (électricité, eau, services mécaniques) sont superposées.

Le **service des consultations externes** constitue une aile indépendante à gauche du hall d'entrée, à proximité du service administratif et médical. La disposition adoptée empêche le contact entre patients de la polyclinique et ceux de l'hôpital.

Les plans présentés dans ces pages ont été élaborés par les bureaux de construction des Services de Santé, après une enquête préalable effectuée dans divers sanatoria et hôpitaux généraux. On est arrivé ainsi à synthétiser la formule « hôpital » et « sanatorium ». De toute façon, les dessins présentés doivent être considérés comme des suggestions et non point comme des propositions en vue de réalisations futures.



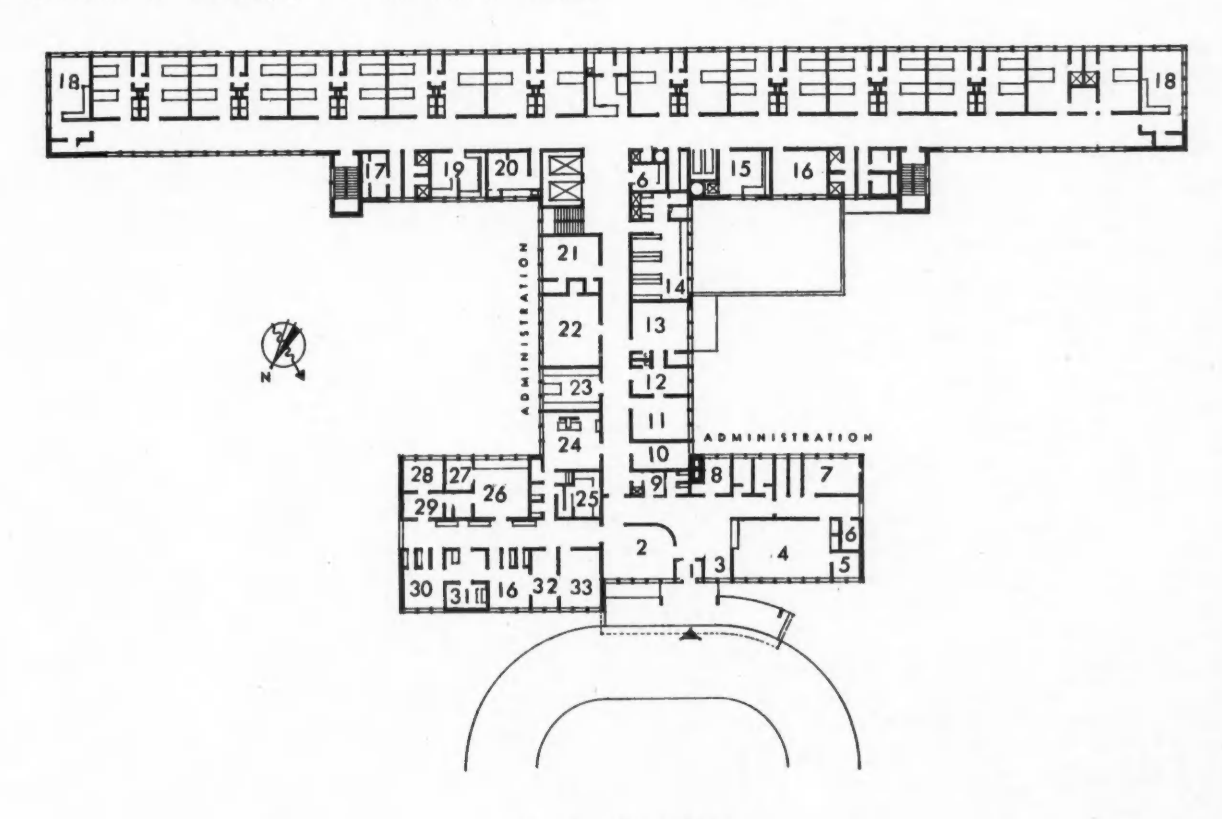
PLAN DU SOUS-SOL



PREMIER ETAGE

LEGENDE COMMUNE POUR TOUS LES PLANS

1. Vestiaire. — **2**. Attente. — **3**. Portier. — **4**. Bureau. — **5**. Directeur. — **6**. Dépôt. — **7**. Directeur commercial. — **8**. Parloir. — **9**. Réserves. — **10**. Attente pour patients. — **11**. Médecin assistant. **12**. Secrétaire. — **13**. Directeur médical. — **14**. Vestiaire des infirmières. — **15**. Salle de travail des infirmières. — **16**. Examen. **17**. Bureau. — **18**. Salle de séjour. — **19**. Débarras. — **20**. Garde-robe. — **21**. Directr'ce des nurses. — **22**. Salle de conférences et Bibliothèque. — **23**. Archives médicales. **24**. Radiologie. — **25**. Chambre noire. — **26**. Laboratoire. — **27**. Nettoyage. — **28**. Service social. — **29**. Secrétaire. — **30**. Pneumothorax. — **31**. Fluoroscopie. — **32**. Fichier. — **33**. Bureau. — **34**. Dégagement. — **35**. Bureau du médecin. — **36**. Soins dentaires. **37**. Nettoyage. — **38**. Vestiaire des infirmières. — **39**. Vestiaire du médecin. — **40**. Opérations. — **41**. Stérilisation. — **42**. Réserve de matières stériles. — **43**. Attente hospitalisés.



REZ-DE-CHAUSSEE

UN SANATORIUM POUR TUBERCULEUX EN PALESTINE

ARCHITECTE J. NEUFELD

La T.B.C. en tant que maladie sociale est très peu répandue en Palestine. L'établissement projeté est avant tout consacré à l'hospitalisation et au traitement d'immigrants, venant des camps de concentration d'Allemagne et dont un très haut pourcentage est atteint de cette maladie.

Le sanatorium sera construit aux environs immédiats de Jérusalem. On a prévu 200 lits, mais il existe un plan d'extension future qui augmentera la capacité de l'établissement à 560 lits.

L'implantation de l'édifice ainsi que sa forme sont en partie déterminées par les données climatologiques locales. Le schéma présenté cidessous explique clairement les dispositions adoptées.

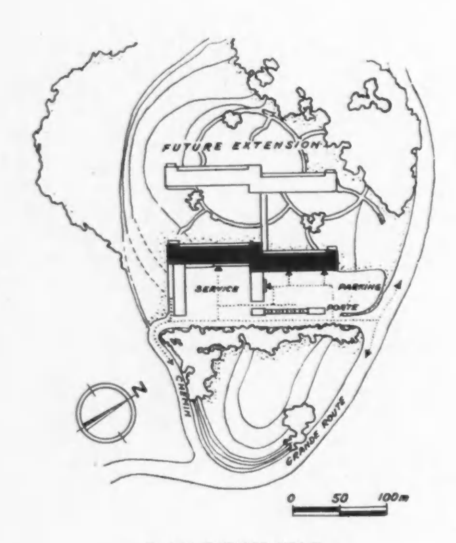
Le bâtiment comprend **au sous-sol** les services généraux, **au rez-de-chaussée** l'admission et un service de consultations externes, **au premier étage** le service opératoire et de radiologie ainsi qu'une unité de soins. **Aux troisième et quatrième étages** se trouvent quatre unités de soins, dont une réservée aux enfants.

Chaque unité de soins comprend des chambres à 4 lits, chacune de ces dernières pouvant être transformée en 2 chambres à 2 lits à l'aide d'une cloison démontable. Un balcon continu de 3 mètres de large protège chaque étage des rayons pénétrants du soleil.

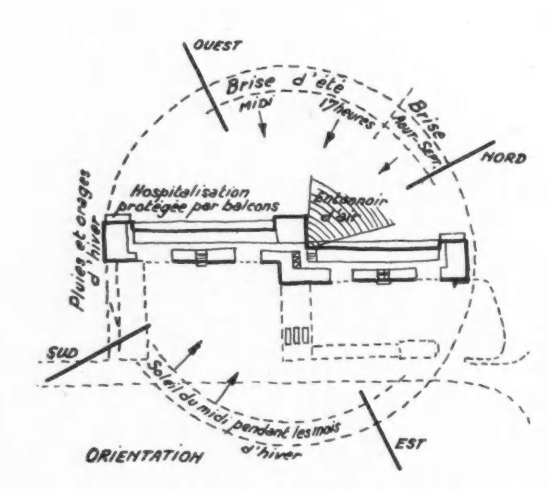
L'entrée principale et de service sont situées du côté Sud-Est, l'hospitalisation du côté opposé.

Patients, visiteurs et personnel médical accèdent à l'établissement par une voie au niveau du rez-de-chaussée. La cour de service se trouve au niveau du sous-sol. En plan, les deux voies d'accès sont en outre séparées par l'avant-corps du hall d'entrée.

L'hôpital devra accueillir en premier lieu des cas aigus de T.B.C. Le pneumothorax et la chirurgie thoracique constituent ainsi les traitements les plus importants de l'établissement. La thérapie occupationnelle et récréationnelle est plutôt considérée comme provisoire, en attendant la réalisation du plan d'extension. A ce moment, le groupe de la thérapie occupationnelle sera situé entre les deux corps de bâtiments. L'espace ainsi rendu libre servira aux besoins accrus du service des consultations externes.



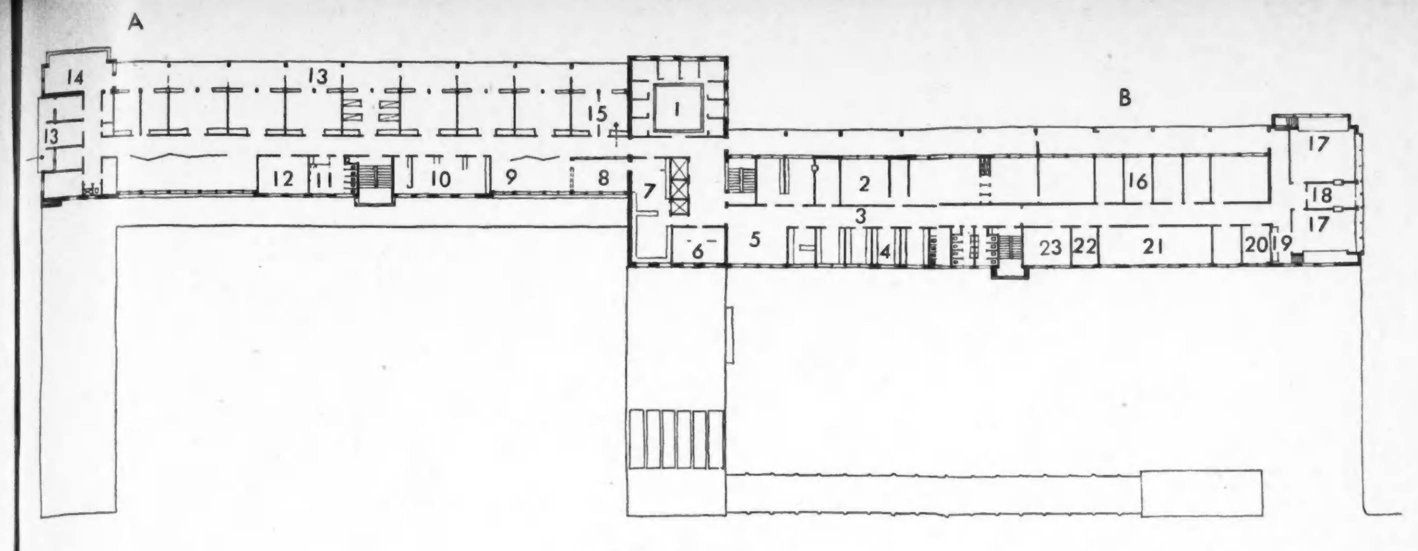
PLAN D'ENSEMBLE



PLAN DE MASSE EN FONCTION DE L'ENSOLEILLEMENT ET DES VENTS

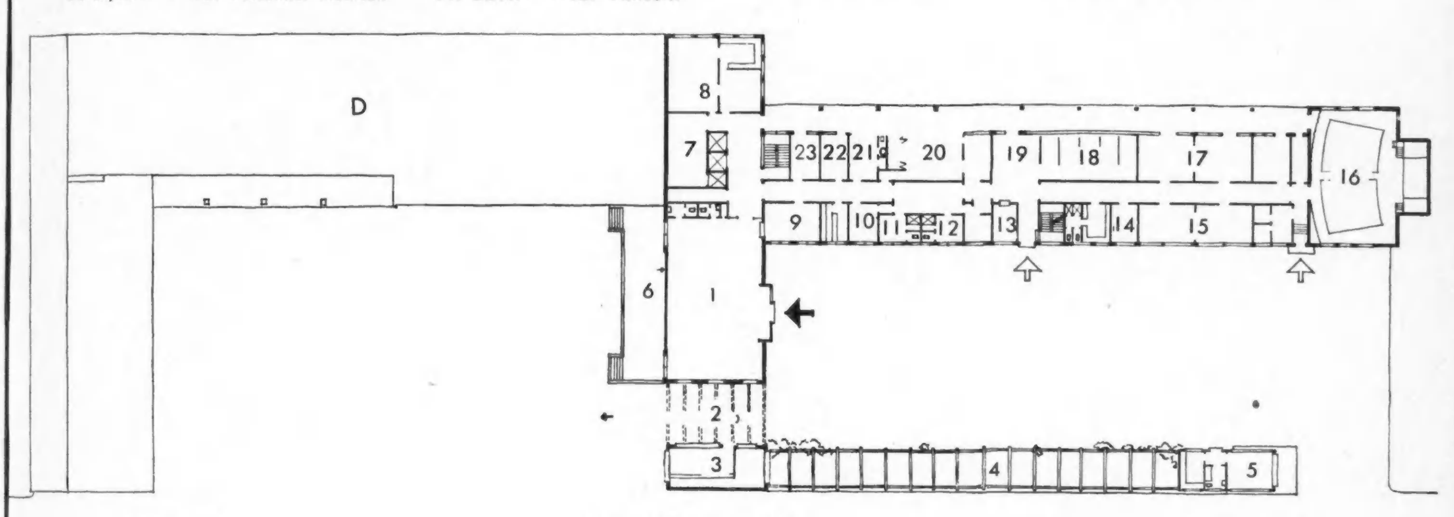
SECTION LONGITUDINALE MONTRANT L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

A. Cage d'escalier de l'aile Sud. — **B.** Ascenseur. — **C.** Cage d'escalier central. — **D.** Cage d'escalier de l'aile 5. — **E.** Unité de soins. **F.** Unité post-opératoire de soins. — **G.** Lingerie. — **H.** Autopsie. — **I.** Dépôt de linge — **J.** Magasin central. — **K.** Cuisine centrale. — **L.** Hall et cafeteria. — **M.** Enfants. — **N.** Rayons X. — **O.** Administration. — **P.** Laboratoires. — **Q.** Chirurgie. — **R.** Opérations — **S.** Thérapie occupationnelle. — **T.** Conférences. — **V** et **W.** Ateliers.



PREMIER ETAGE

A. Unité de soins de 40 lits (section chirurgicale). — 1. Thérapie physique. — 2. Rayons X. — 3. Radios. — 4. Vestiaires. — 5. Attente. 6. Dentiste. — 7. Pièce de ménage — 8. Salle à manger. — 9. Salle de séjour. — 10. Personnel médical. — 11. Bains. — 12. Visiteurs. 13. Balcons. — 14. Solarium. — 15. Isolation. — 16. Chirurgie. 17. Opérations. — 18. Stérilisation. — 19. Anesthésie. — 20. Dépôt. 21. Salle de travail. — 22. Surveillant. — 23. Réserve.



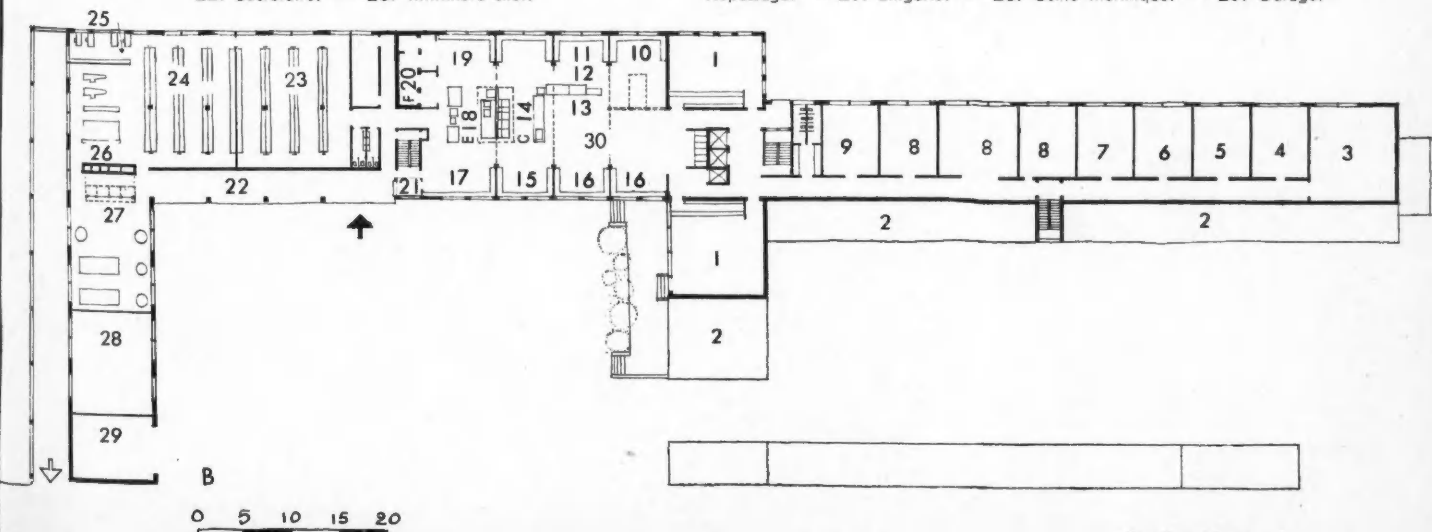
REZ-DE-CHAUSSEE

REZ-DE-CHAUSSEE

D. — Partie supérieure de la lingerie et de la cuisine. — 1. Hall d'attente pour les visiteurs. — 2. Accès à la cour de service. — 3. Dépôt pour fleurs. — 4. Pergola. — 5. Portier. — 6. Plaque commémorative. — 7. Ascenseurs. — 8. Pharmacie. — 9. Bureau. 10. Service social. — 11. Femmes. — 12. Hommes. — 13. Ecritures. 14. Bureau. — 15. Ateliers. — 16. Salle de lecture. — 17. Classes. 18. Clinique. — 19. Attente. — 20. Cadres. — 21. Directeur. 22. Secrétaire. — 23. Infirmière-chef.

SOUS-SOL

1. Cafeteria. — 2. Terre-plein. — 3. Mobilier. — 4. Peintre. — 5. Menuisier. — 6. Tailleur. — 7. Archives. — 8. Laboratoires. 9. Dépôt de produits pharmaceutiques. — 10. Laiterie. — 11. Régimes. 12. Salades. — 13. Service. 14. Cuisson. — 15. Préparation des poissons. — 16. Lavage. — 17. Préparation des légumes — 18. Fours. 19 et 20. Viandes. — 21. Office. — 22. Plateforme de service. 23. Magasin. — 24. Dépôt de linge. — 25. Raccommodage. — 26. Repassage. — 27. Lingerie. — 28. Usine thermique. — 29. Garage.



Doc. Pencil Points.

SOUS-SOL



SANATORIUM A ROZNOV

(TCHÉCOSLOVAQUIE)

GUSTAV-PAUL FRANT. CERMAK
ARCHITECTES - INGENIEURS

Le projet de construction pour le sanatorium à Roznov contient deux particularités importantes :

1° Le caractère et la position de l'emplacement en montagne, situé dans une position magnifique à quelques kilomètres de la ravissante station climatique de Roznov p/Radhostem.

2° La duplicité des fonctions du bâtiment — une combinaison de sanatorium et hôtel.

Dans notre plan, nous avons essayé de combiner en accord harmonieux ces deux particularité et de tirer en même temps profit des avantages présentés par le terrain en pente rapide.

Comme système de base, nous proposons de créer un monobloc irrégulier. Les deux ailes, orientées vers le Sud et le Sud-Ouest comprennent dans les parties supérieures toutes les pièces d'habitation du sanatorium et de l'hôtel, et dans la partie inférieure se trouvent les salles à manger, les salons et la cuisine, une piscine peut être également installée.

L'aile centrale contient l'entrée, les bureaux et l'administration et la section médico-thérapeutique et constitue une liaison avec les autres parties médicales et les pièces d'habitation qui se trouvent dans l'aile qui donne vers le Sud-Est.

Très importantes sont les conditions d'altitude du terrain et de son entourage. La pente du terrain et du territoire voisinant est considérable. Elle varie de la relation 1,6 à 1,3.

Le sommet de la montagne la plus proche qui est à 400 mètres du sanatorium, est à 70 mètres au-dessus de celui-ci. Les sommets couverts de la forêt sont au moins à 90 mètres au-dessus de la hauteur moyenne de l'emplacement choisi pour y bâtir le sanatorium.

Ces différences considérables d'altitude permettent d'élever l'établissement jusqu'à 6 et 7 étages sans craindre que cette hauteur soit excessive ou dangereuse.

Les parties de l'hôtel et du sanatorium seront situées l'une audessus de l'autre. L'hôtel comprendra les deux étages inférieurs de deux ailes d'habitation; le sanatorium comprendra les quatre étages supérieurs. Chaque étage comprend 16 chambres à un lit dans l'aile située à l'Ouest, et dans l'aile située à l'Est 7 chambres à deux lits et deux appartements à l'extrémité des deux ailes, avec tout confort : bains, w.-c., cuisines à thé, chambres des infirmières, des femmes de chambre, cabinets pour le linge sale, pièce pour thérapies. Toutes les chambres à coucher se trouvent ainsi dans le calme, la tranquillité et le silence. Cette paix n'est même pas troublée par l'arrivée des nouveaux venus ou des visiteurs qui entrent par une porte secondaire.

Dans la partie des étages comprenant les chambres d'hôtel se rattachent les locaux du restaurant, les salons qui, du fait de la pente du terrain, s'avancent vers le Sud-Est, hors de la masse du bâtiment. Par cette pente du terrain on est arrivé à relier les salons à la nature qui les entoure, on a souligné cette relation par des terrasses ouvertes, ce qui permet l'accès des visiteurs de l'extérieur sans qu'ils aient à passer par l'établissement même.

On placera en-dessous de la salle à manger principale et des terrasses une piscine, ce qui est en dehors du projet original.

Ce plan, ainsi agrandi, offre dans le cas donné des avantages incontestables; il assure l'autonomie de l'établissement, étant donné que dans tout le voisinage il n'y a pas de bains couverts de ce genre. Cela va attirer certainement un grand nombre de visiteurs de l'extérieur. C'est en même temps un enrichissement de l'établissement au point de vue de la thérapie-climatique.

En plus, il faut remarquer que les conditions du terrain sont très favorables, parce qu'elles permettent de construire la piscine en profitant d'un étage sous la salle à manger principale.

L'aile de jonction comprend les locaux d'entrée, accessibles du passage principal, et dans les trois étages les sections suivantes : administration, hydrothérapie, mécanothérapie, salles de consultation et chambres de médecins, röntgen, électrothérapie, salles opératoires, laboratoires, etc. Dans l'aile située au S.-E a été placée une petite section d'isolement, accessible par un petit escalier couvert, venant du passage principal. Ce petit escalier sert, dans sa partie inférieure, d'entrée particulière à la hydrothérapie, pour les visiteurs de l'extérieur.

Tous les autres locaux de cette aile sont occupés par les habitations du personnel, accessibles par un escalier indépendant. Les logements ont été distribués comme suit : au premier étage un grand appartement pour le médecin en chef; au deuxième, le logement de l'administrateur et deux garçonnières pour les assistants médecins; et au-dessus des sections médicales les habitations des infirmières avec tous les accessoires et tout le confort.

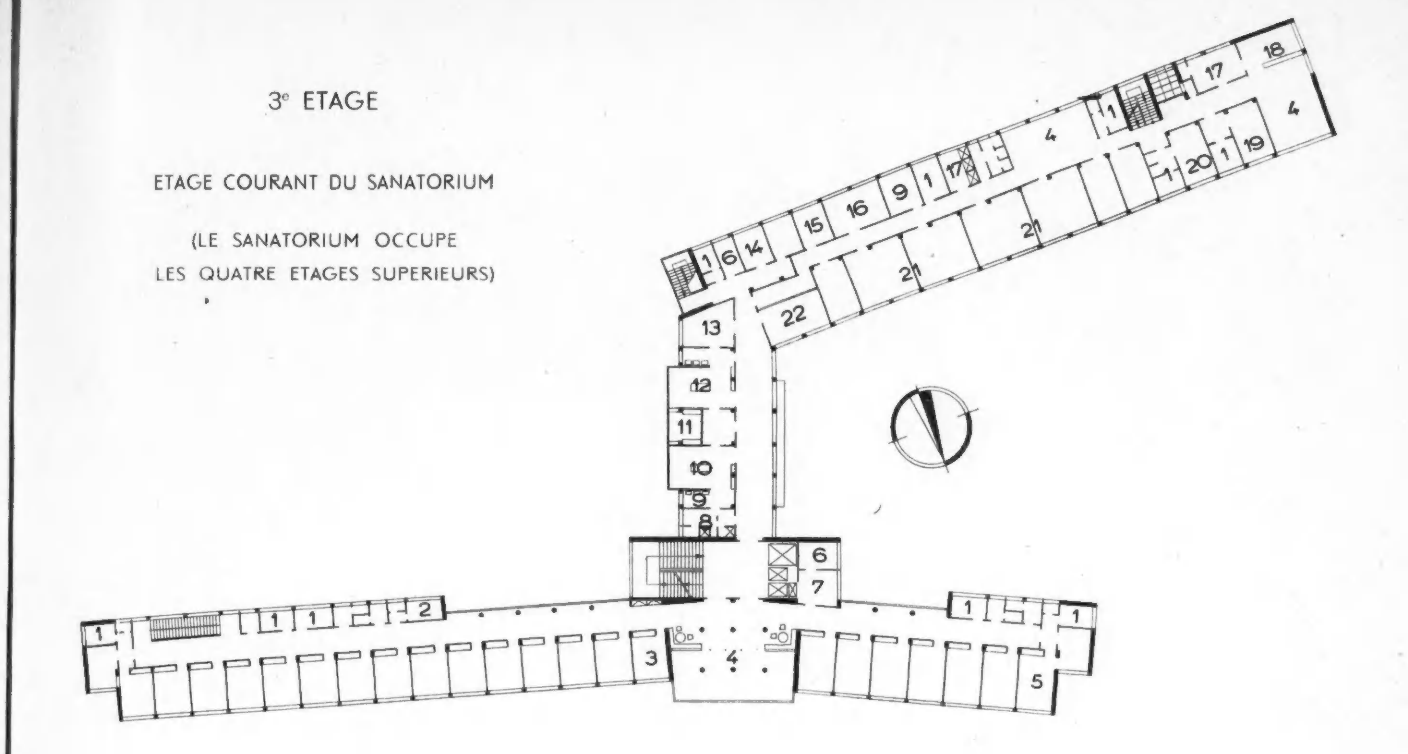
Au quatrième sont situées les **habitations du personnel** féminin, et séparées de celles-ci les habitations du personnel masculin (personnel auxiliaire).

La section de l'économat et la cuisine sont situées dans le voisinage des salles à manger; la chambre à lessive est placée en-dessous de l'hydrothérapie et reliée par un couloir souterrain à la salle de réception du linge ainsi qu'aux autres parties du bloc.

La chaudière est également située dans le sous-sol du bloc principal, derrière l'entrée principale.

Les autres sections de l'économat (garages, écuries, étables, ateliers, etc.) sont groupés dans un bâtiment particulier avec les habitations du personnel, à l'Est du bâtiment principal. Les abords du sanatorium seront transformés en jardin ou parc avec des terrains pour le volleyball, des cours de tennis, des terrasses et des coins de repos, etc.

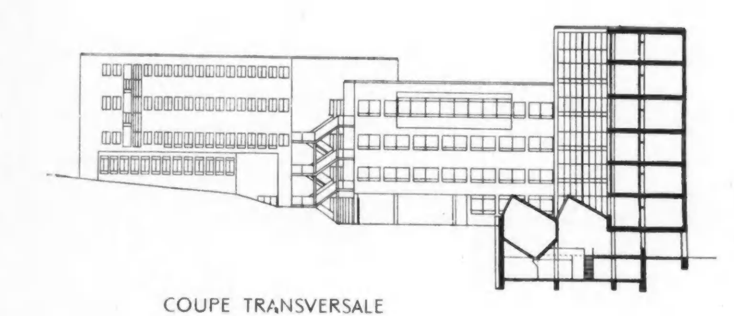
L'établissement a un volume de 44.660 m3 et les bâtiments de l'économat 2.000 m3.



3e ETAGE

ETAGE COURANT DU SANATORIUM

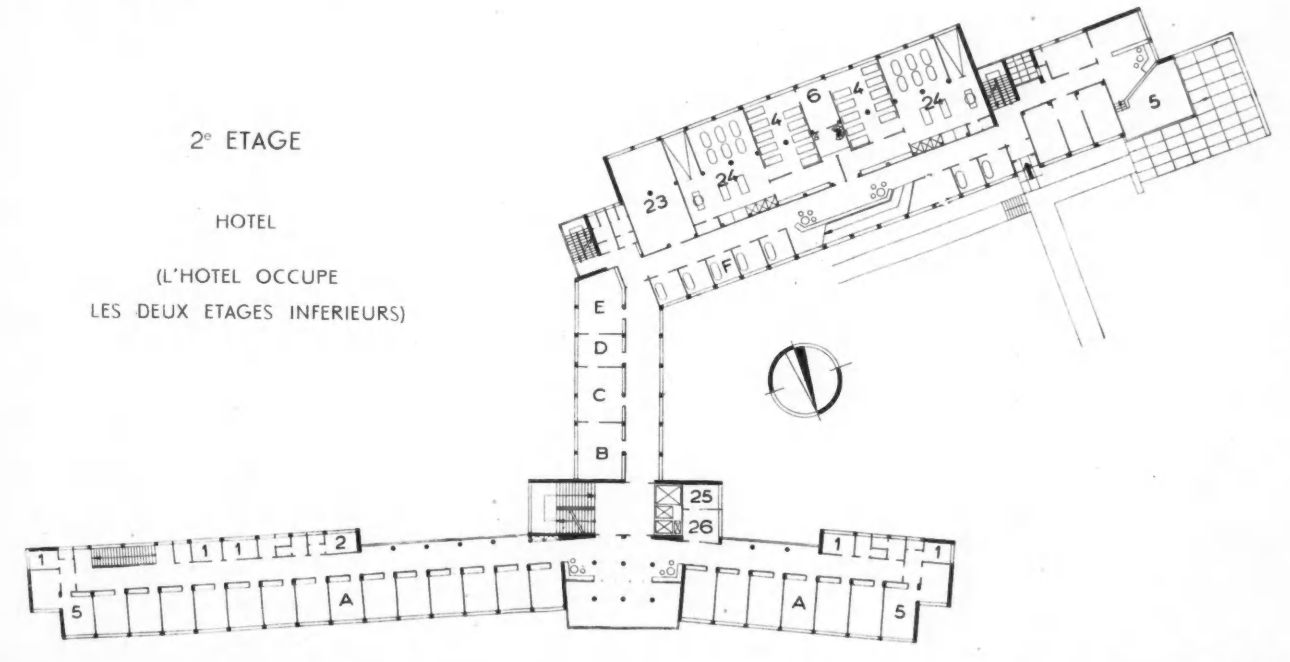
(LE SANATORIUM OCCUPE LES QUATRE ETAGES SUPERIEURS)



COUPE TRANSVERSALE

LEGENDE COMMUNE POUR LES DEUX PLANS

1. Salle de bains. — **2.** Dépôt. — **3.** Salle de thérapie. — **4.** Salle de repos. — **5.** Appartement. — **6.** Infirmière. — **7.** Cuisine de service. — **8.** Vestiaire. — **9.** Nettoyage. — **10.** Opérations septiques. — **11.** Stérilisation. — **12.** Opérations aseptiques. — **13.** Infirmière. — **14.** Isolation. — **15.** Restaurant. — **16.** Dépôt. — **17.** Cuisine. — **18.** Salle à manger. — **19.** Chambre à coucher. — **20.** Médecin assistant. — **21.** Habitations infirmières. — **22.** Médecin de service. — **23.** Mécanothérapie. — **24.** Hydrothérapie. — **25.** Femme de chambre. — **26.** Cuisine de thé.



2e ETAGE

HOTEL

(L'HOTEL OCCUPE LES DEUX ETAGES INFERIEURS)

CONCEPTION IDÉALE D'UN CENTRE DE RÉHABILITATION POUR TUBERCULEUX

Pierre FORESTIER, Architecte Maurice BLONDEAU, Médecin Phtisiologue des Services publics

Le sanatorium, élément fondamental de l'armement antituberculeux, a été considéré pendant longtemps comme la panacée : établissement de cure et de traitement pour le malade, lieu d'isolement et, par la, moyen de préserver la famille et la société.

En réalité, bien qu'essentiels, les objectifs du sanatorium n'en sont pas moins limités. La vie sanatoriale elle-même n'est pas sans inconvénient. La séparation familiale, l'oisiveté, la vie collective en vase clos, retentissent profondément sur le psychisme de l'individu. La discipline apparaît comme insupportable aux anciens malades. D'où source de conflits divers.

Enfin, le devenir du sujet guéri ou stabilisé, après sa sortie de l'établissement, son comportement dans la vie sociale sont des problèmes qui dépassent de loin le cadre étroit du sanatorium.

Une **organisation rationnelle**, humaine et complète doit, de ce fait, reposer sur un certain nombre de principes:

1) réduire le séjour en sanatorium à son temps minimum;

2) placer le tuberculeux dès l'extinction de sa maladie dans un centre dit de « Post-cure ». La post-cure comprenant conjointement la cure de consolidation et la réadaptation au travail. C'est à ce stade qu'il faut prévoir et préciser l'avenir social du sujet selon son comportement au cours de la réadaptation, c'est-à-dire, soit le reclasser dans le cadre de sa profession antérieure ou d'une profession similaire, soit l'orienter vers une profession nouvelle et, de ce fait, assurer son instruction;

3) Préciser les possibilités des malades « chroniques » et leur apporter un mode de vie plus humain, plus normal tout en restant compatible avec leur état;

4) Faciliter dès que possible la reprise de la vie familiale.

APPLICATION.

Dans quel cadre ces principes peuvent-ils être appliqués ?

— **Le Sanatorium**, centre strictement médical, centre de soins et de repas reste la cellule de base. C'est la première étape de la vie du tuberculeux Sivrière).

— **La Poste-cure** constitue la deuxième étape.

Il doit devenir le complément indispensable du sana.

Il permettra :

— de réduire le séjour au sana au minimum indispensable avec tous les avantages administratifs et psychologiques que cela suppose;

— d'achever la réhabilitation physique, morale et professoinnelle de l'individu tout en précisant ses possibilités de retour à la vie normale (Berthert).

La Post-cure une fois traités, ce sera un très grand pas d'accompli. Cependant, l'organisation ne sera complète que si elle prévoit et traite les besoins des « chroniques », maladies capables d'une certaine activité si on les garde dans des conditions climatiques et hygiéniques optima, tout en leur accordant, ainsi qu'à leur famille un standing suffisant.

En Angleterre, Varrier-Jones, médecin fondateur du **village-sana de Papworth**, a eu le mérite de concevoir que le sana pouvait être la cellule initiale d'une agglomération spécialement et complètement adaptée aux besoins présents et futurs des tuberculeux et de leurs familles.

Les réussites de Papworth, après trente ans d'efforts persévérants et de Preston-Hall, ont prouvé le bien fondé de ces conceptions et justifient les nouvelles réalisations en cours en Angleterre.

Dans d'autres pays, de telles expériences ont été tentées, mais à moindre échelle.

En France, malheureusement, le seul essai de CLAIRVISSE n'a récompensé pleinement ni les espoirs des créateurs, ni les efforts des réalisateurs. Cela est fort décevant car, autant sur le plan architectural que sur le plan administratif, les organisateurs de cette entreprise l'avaient étudiée dans ses moindres détails. En particulier, l'un des plus ardents animateurs de Clairvivre, R.-H. HAZEMANN, avait vu juste en préconisant un système d'organisation médico-sociale complet dont l'application intégrale était la condition essentielle du succès.

« L'expérience CLAIRVIVRE » a fait l'objet de nombreuses études critiques. Récemment encore, Mr. Et. BERNARD, dans un intéressant ouvrage, analyse parallèlement les réussites anglaises et les hésitations de CLAIRVIVRE. Et les conclusions de l'auteur ont le mérite d'être catégoriques : « Une colonie sanitaire doit toujours commencer dans des proportions restreintes et s'agrandir petit à petit. » — « Ne pas créer de toutes pièces une colonie de tuberculeux, mais la laisser se créer elle-même. »

Une telle prudence et un tel scepticisme montrent que toute la difficulté de réussite d'un village — sanatorium — est dans son **fonctionnement et surtout dans son « démarrage », beaucoup plus que dans sa réalisation matérielle.**

LE BON FONCTIONNEMENT d'une Cité sanitaire pour tuberculeux repose en effet sur quelques principes essentiels :

— une **direction médicale prépondérante, assistée d'un Service social** particulièrement actif (R.-H. HAZEMANN), coiffant les différents départements médicaux, familiaux, professionnels et administratifs.

Il est intéressant de rappeler à ce sujet le « graphique d'organisation médico-social » proposé par R.-H. HAZEMANN en 1931, deux ans avant l'ouverture de CLAIRVIVRE.

— **La parfaite organisation des centre de travail et des relations avec l'extérieur capables d'entretenir une certaine prospérité.**

— Le département « travail » (centre de réadaptation, de rééducation, ateliers et fabriques spécialement aménagés) doit être en effet largement traité.

— Un département commercial actif est indispensable autant pour la prospection des commandes, que pour l'écoulement à la vente. Car, si l'on peut théoriquement compter sur les promesses et les commandes de l'Etat ou des organisations philanthropiques, en fait le rendement commercial de l'entreprise reste subordonné à sa propre initiative.

La prospérité de PAPWORTH est entretenu non seulement par l'importance et la qualité de la production de ses ateliers, mais encore par l'écoulement de sa fabrication.

— **La sélection des malades** doit être un but constant :

— sélection médicale conditionnant le reclassement soit dans la Société, soit dans le cadre du village lui-même;

— sélection professionnelle, fonction de l'état du sujet et de ses aptitudes;

— sélection morale et familiale enfin, indispensable dans une telle collectivité. MAC DOUGALL insiste longuement sur ce point.

Ainsi, après cette sélection, les uns reprendront une place dans la Société, les autres (chroniques-stabilisés « diminués ») résideront avec leurs familles au village, ce qui leur permettra de mener une existence plus libre, plus humaine, d'effectuer un travail adapté à leur cas, rémunérateur et productif dans des ateliers modernes et spécialement aménagés, de demeurer ainsi que leurs familles sous surveillance médicale constante dans les meilleures conditions d'hygiène, d'habitation et de climat. Le fonctionnement d'une telle organisation se ramène au schéma de distribution présenté plus loin.

— **Enfin, le « climat », l'ambiance** dans lesquels doit naître et se développer la Cité sanitaire constituent l'un des facteurs primordiaux de sa réussite.

De la part de l'Etat, il faut un préjugé favorable et des « Officiels » de l'enthousiasme plutôt que du scepticisme. De la part des malades, non seulement un esprit de discipline « spontanément consenti » et ceci dans leur propre intérêt, mais encore une bonne volonté constante et un sens « collectif » capable de dominer les penchants individuels. Chez les dirigeants, une continuité de vue, une volonté, une foi ardente.

Ce sont là les vraies raisons de la réussite des villages anglais, et c'est le mérite de VARRIER JONES et de MAC DOUGALL d'avoir eu ces qualités au plus haut degré.

Tous ces faits, MM. COURCOUX, CHADOURNE et BERTHET les ont encore mis en relief dans un article récent sur « PAPWORTH VILLAGE ».

REALISATION.

Il sera envisagé sommairement :

— les éléments lessentiels d'un projet;

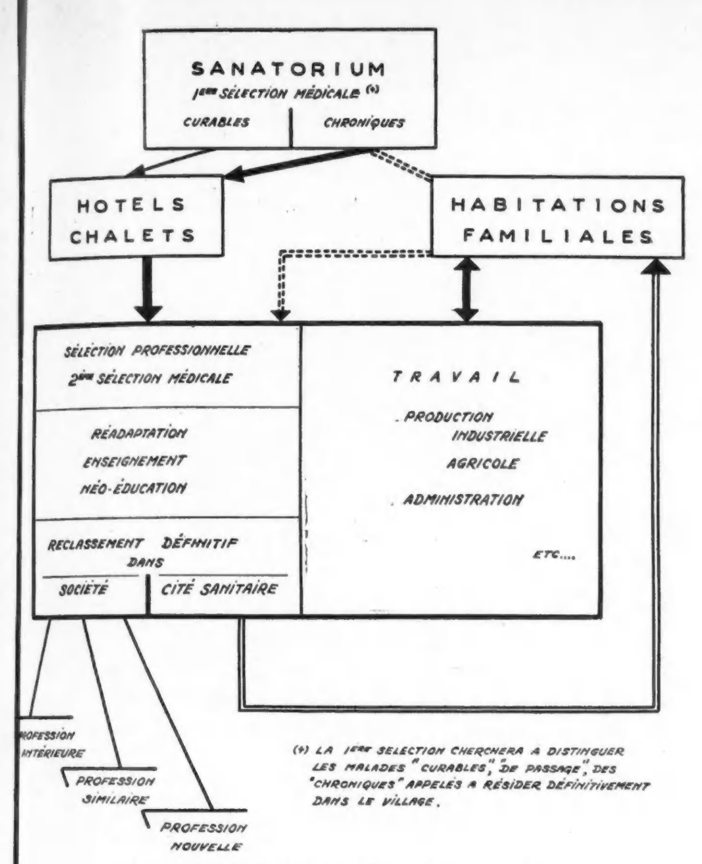
— les méthodes de réalisation.

Dans son projet, l'architecte urbaniste tiendra compte des éléments suivants :

— **Facteur numérique.** — Le centre idéal sera conçu pour 1.500 à 2.000 individus. Si ce chiffre initial de la population peut être réduit, par contre, le plafond n'excèdera pas 2.000. Donc, si l'on démarre à petite échelle, les zones d'extension seront prévues pour les besoins maxima du groupement.

— **Choix du lieu.** — L'emplacement sera isolé, entouré d'un large **périmètre de protection** comprenant plusieurs zones avec des servitudes dégressives.

L'emplacement réunira évidemment les **conditions climatiques et d'orientation** les plus favorables. A ce sujet, le choix de CLAIRVIVRE



SCHEMA DE DISTRIBUTION DES MALADES

fut très heureux : plaine entourée de coteaux semi-boisés en amphithéâtre orienté au Sud, les crêtes abritant ainsi l'agglomération des vents du Nord.

Un terrain préalabe et calcaire sera préférable.

Le problème de l'eau doit pouvoir être résolu de façon satisfaisante.

— **Les ressources régionales** justifieront le développement des centres de culture et d'élevage. Donc ne pas bâtir sur un terrain aride, ni dans une région stérile.

— **Les relations avec l'extérieur** et les échanges seront facilités et entretenus par un réseau routier adéquat et la proximité de voies de communication importantes. Mais c'est là, peut-être, l'aspect secondaire du problème à côté de celui de l'organisation commerciale et économique de la Cité.

— **L'agglomération elle-même** sera traitée par « zones » en tenant compte des chevauchements éventuels :

1° **La zone médicale** : sanatoria, centre chirurgical. Prévoir, si besoin, un service pour tuberculoses mixtes (pulmonaires et osseuses);

2° **La zone de travail comprenant** : les centres de post-cure et de réadaptation avec « l'institut d'orientation », les écoles et ateliers de « néo-éducation » professionnelle (enseignements culturels, profesionnels, techniques, agricoles, etc.) dans des domaines précis, et de ne choisir qu'un petit nombre de spécialités, afin d'obtenir un rendement productif suffisant de la main-d'œuvre par une organisation scientifique du travail et une mécanisation poussée;

3 **La résidence** comprendra : les habitations collectives et individuelles (hôtels, chalets); les habitations familiales (logements sanatoria type Clairvivre; le département des enfants avec les écoles (type plein-air), les terrains de jeux et le centre de contrôle médical;

4° **Les Services généraux** : administratifs, commerciaux, magasins, etc.

METHODES DE REALISATION.

Pour aboutir au village-sanatorium, deux solutions sont possibles.

La création « d'emblée ». Ce sont les réalisations anglaises en cours, à la lumière des expériences de Papworth et de Presten-Hall.

C'est aussi l'exemple de Clairvivre. Clairvivre aurait été parfaitement viable si les problèmes administratifs, sociaux et économiques avaient été traités conformément aux directives de certains de ses créateurs si la discipline y avait régné et si un esprit de méfiance n'avat contrecarré certaines initiatives.

LA CREATION A PARTIR DU NOYAU MEDICAL INITIAL.

Faut-il laisser se créer la cité sanitaire elle-même ? C'est l'idée de M. E. Bernard : « Dans un lieu propice un sanatorium est construit dans de bonnes conditions, puis un autre, pareillement plusieurs autres. Autour, et peu à peu, des maisons poussent et des boutiques s'ouvrent où se logent et s'embauchent les anciens pensionnaires des sanas. Bientôt tout le plateau est peuplé. Sans s'être annoncée, la cité est là. »

Opinion fondée sur un jugement réaliste, justifiée par les déceptions de Clairvivre, solution évidemment « pratique », engageant avant tout les initiatives individuelles. Mais n'est-ce pas avouer là notre impuissance ? Et d'autre part, un plan d'ensemble n'est-il pas nécessaire pour veiller à l'harmonie et à l'équilibre d'une telle cité champignon ?

La réalisation dirigée, méthodique, par temps successifs ne semble-t-elle pas plus souhaitable ? Comme à Papworth, le sanatorium doit constituer le noyau initial. Autour de ce noyau seront prévus et développés par tranches successives les différents secteurs médicaux, professionnels et familiaux. Parallèlement seront développés les services généraux et organismes inhérents à la vie de la cité.

On peut ainsi prévoir un programme réalisable en trois étapes schématiques selon la règle exprimée par Mr. Et. Bernard « qu'une colonie sanitaire doit toujours commencer dans des proportions restreintes, puis s'agrandir petit à petit. »

Mais un plan directeur complet est d'emblée nécessaire, et c'est ce plan qui doit présider aux réalisations successives.

La progression sera souple et devra tenir compte des premières étapes. Car la cité est particulièrement vulnérable au départ et c'est son équilibre économique qui contribue à son épanouissement.

CONCLUSION.

Le village sanatorium, centre complet de cure et de traitement, de rééducation et de travail, centre de résidence familiale et de propagande éducative, pour reprendre les expressions de MM. Courcoux, Chadourne et Berthert, est théoriquement le système le mieux adapté aux besoins des tuberculeux et de leus familles.

C'est une formule élégante pour atteindre le but poursuivi : la réhabilitation du malade.

Mais, si la création et la réalisation d'une telle entreprise peuvent naître de l'accord parfait d'une équipe groupée autour du sociologue, de l'architecte et du médecin, sa viabilité et sa réussite resteront fonction de la foi et de la bonne volonté des hommes.

Problème humain, social, beaucoup plus que problème matériel, symbolisé par la devise anglaise « The People, not the Building, are the City. »

BIBLIOGRAPHIE.

Et. BERNARD. — Phtisiologie humaine, Aspects cliniques et médico-sociaux. (MASSON, 1946.)

Et. BERTHEI. — La réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri ou en voie de guérison. (MASSON, 1945.)

CLAIRVIVRE. — Julien LEPAGE. (CHANTIERS n[os] 7-8, nov.-déc. 1933.)

A. COURCOUX, P. CHADOURNE et Et. BERTHET. — Un centre complet de cure de la tuberculose en Angleterre : Papworth village ». (« La Presse Médicale », 2 juin 1946, n° 26.)

DELSUC. — Ce que doivent savoir les blessés du poumon. (Paris, 1930.)

D. DOUADY et I. SAGE. — La Post-cure. Du sanatorium aux diverses formules de maisons de réadaptation. (« L'Architecture Française », février-mars 1946.)

DUMAREST et H. MOLLARD. — Le tuberculeux guéri. (MASSON, 1941.)

R.-H. HAZEMANN. — La Cité sanitaire des blessés du poumon. (Revue d'hygiène et de médecins sociale, février 1932.)

G. ICHOK. — Le travail des malades et des infirmes. (M. RIVIERE, Paris, 1931.)

ROSSIGNOL. — Le Centre de Vion en 1945. (« Presse Médicale », n° 51, octobre 46.)

E.SIVRIERE. — Pourquoi le Sanatorium de travail est-il nécessaire ? (Techniques hospitalières sanitaires et sociale, mai 1946.)

PAPWORTH-VILLAGE-SETTLEMENT. — « Annual Reports ». Documentation du Comité National de la Défense contre la tuberculose.

VILLAGES-SANATORIA DE HAUTE ALTITUDE. — Documentation de l'Association : 1, rue de Lincoln, Paris.

LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES

ÉCOLE D'INFIRMIÈRES A SAO PAULO (BRÉSIL)

ARCHITECTE : P. PFISTERER

L'instruction donnée aux infirmières se décompose en un enseignement théorique qui peut avoir lieu dans un centre indépendant et un enseignement pratique qui doit avoir lieu nécessairement à l'hôpital. Les écoles d'infirmières peuvent ainsi faire partie intégrante de l'hôpital ou être constituées en centres indépendants.

Aux Etats-Unis, on préconise actuellement la création de centres indépendants où les élèves reçoivent un enseignement théorique (et pratique pour certaines matières scientifiques) et où ils trouvent en même temps des possibilités de se loger.

Ainsi un centre d'infirmières, comme celui que nous présentons plus bas, constitue ce qu'il est convenu d'appeler un collège dans les pays anglo-saxons, c'est-à-dire une institution où les élèves trouvent toutes les facilités en ce qui concerne la poursuite de leurs études et leur existence matérielle.

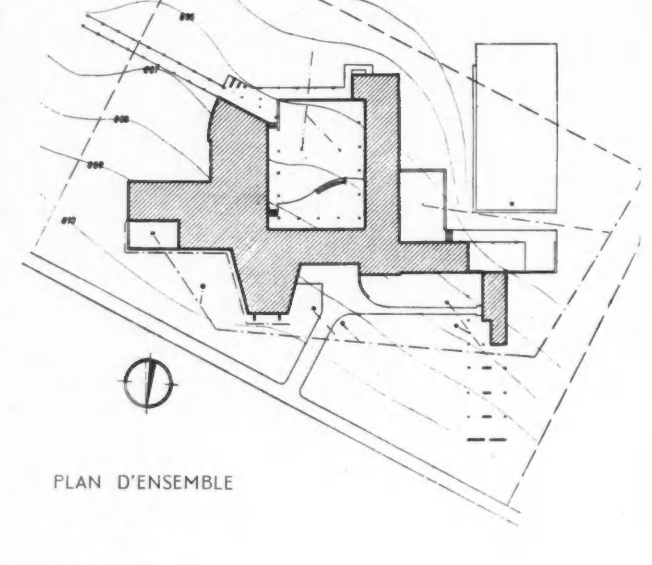
Quant aux logements à pourvoir aux élèves, il faut que ces derniers soient aussi confortables que possible. Il est avantageux que les élèves possèdent une chambre individuelle.

La partie réservée à l'enseignement doit contenir, selon Rosenfield (Hospitels, p. 235) les éléments suivants: :

1° Salles de conférences ;
2° Salles de travaux pratiques ;
3° Laboratoires pour les matières scientifiques (anatomie, micro-biologie, chimie et pharmacologie) ;
4° Laboratoires de diététique ;
5° Bibliothèque ;
6° Bureaux individuels pour le personnel enseignant ;
7° Amphithéâtres.

Le projet présenté plus bas, réalisé au Brésil, s'inspire des conceptions que nous venons d'esquisser.





PLAN D'ENSEMBLE

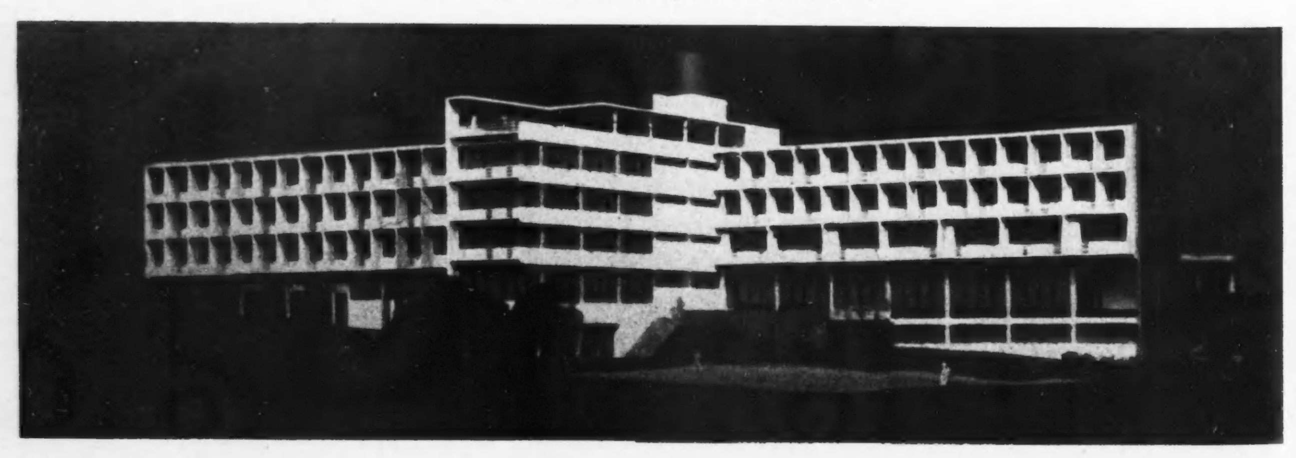
C'est un accord intervenu entre l'Etat de Sao-Paolo et la S.E.S.P. (organisation ayant pour objet la construction d'établissements sanitaires dans tout le territoire du Brésil) qui est à l'origine de ce projet, en cours de réalisation.

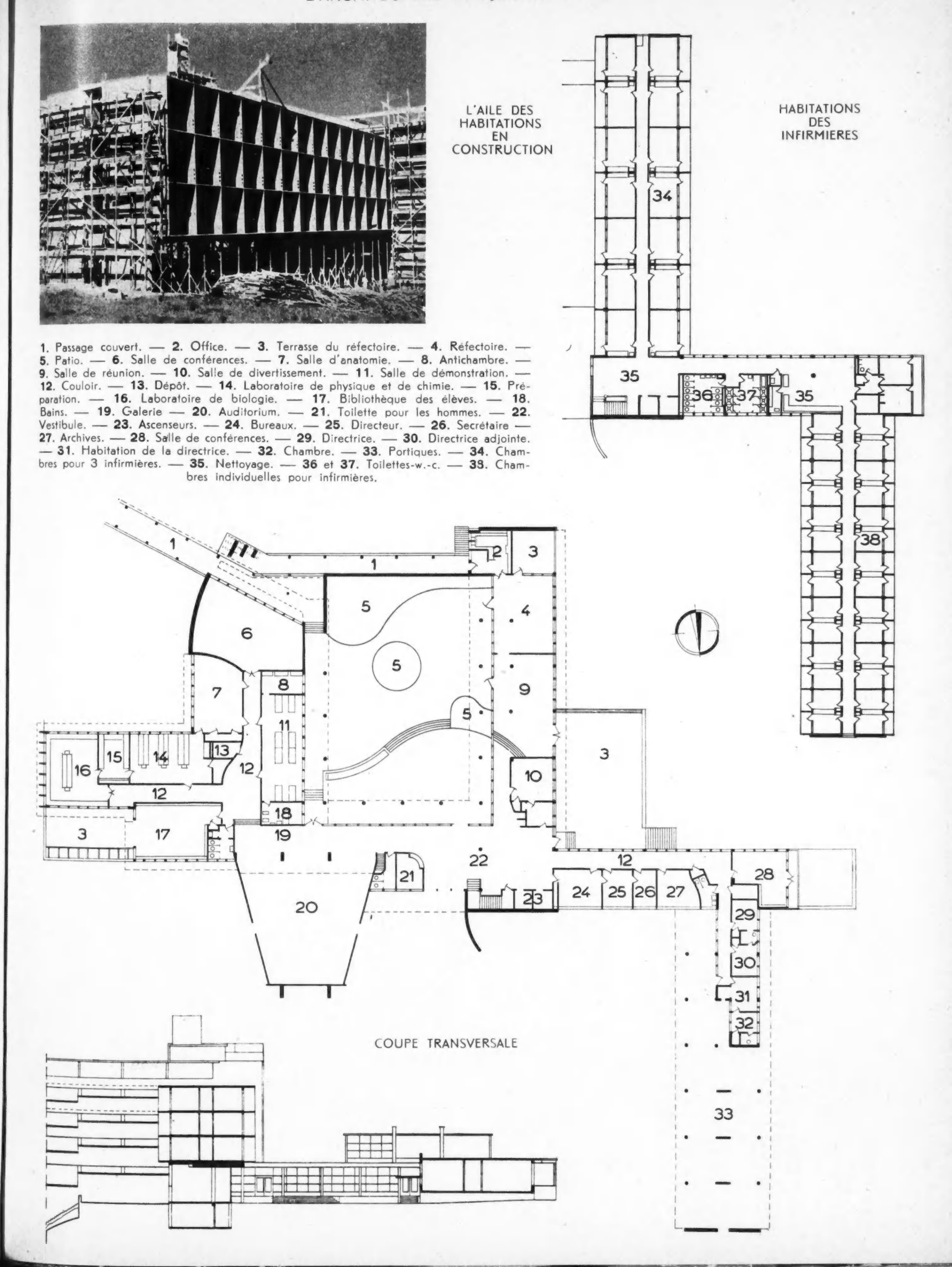
L'école contient une partie réservée à l'enseignement et une autre à l'habitation des élèves infirmières.

La partie où se fait l'enseignement comprend un auditoire, des classes, des salles de démonstration, des laboratoires de chimie et de biologie et une bibliothèque.

182 élèves-infirmières peuvent habiter la partie résidentielle de l'école. On y trouve aussi des appartements et chambres pour les instructeurs et les surveillants, des salles de récréation, une cuisine, des restaurants et une buanderie.

VUE DE LA MAQUETTE (COTE HABITATIONS)




L'AILE DES HABITATIONS EN CONSTRUCTION
HABITATIONS DES INFIRMIERES
1. Passage couvert. — 2. Office. — 3. Terrasse du réfectoire. — 4. Réfectoire. — 5. Patio. — 6. Salle de conférences. — 7. Salle d'anatomie. — 8. Antichambre. — 9. Salle de réunion. — 10. Salle de divertissement. — 11. Salle de démonstration. — 12. Couloir. — 13. Dépôt. — 14. Laboratoire de physique et de chimie. — 15. Préparation. — 16. Laboratoire de biologie. — 17. Bibliothèque des élèves. — 18. Bains. — 19. Galerie — 20. Auditorium. — 21. Toilette pour les hommes. — 22. Vestibule. — 23. Ascenseurs. — 24. Bureaux. — 25. Directeur. — 26. Secrétaire — 27. Archives. — 28. Salle de conférences. — 29. Directrice. — 30. Directrice adjointe. — 31. Habitation de la directrice. — 32. Chambre. — 33. Portiques. — 34. Chambres pour 3 infirmières. — 35. Nettoyage. — 36 et 37. Toilettes-w.-c. — 38. Chambres individuelles pour infirmières.
COUPE TRANSVERSALE

BIBLIOGRAPHIE HOSPITALIÈRE

RENAISSANCE DE L'ARCHITECTURE MEDICALE, par Jean Walter, Paris. Imprimerie E. Desfossés, 13, quai Voltaire. 1945, 209 pages.

L'ouvrage de M. Walter, paru en 1945, est sans doute suffisamment connu par la plupart de nos lecteurs qui s'intéressent aux questions hospitalières. Pour cette raison, nous nous contenterons de donner ici même un simple aperçu du contenu de l'ouvrage. Nous ferons ensuite quelques remarques sur la conception du centre médical préconisée par l'auteur.

Le livre contient 2 parties : la première est consacrée à une analyse de l'organisation médicale. L'auteur y étudie les défauts de l'organisation actuelle et retrace en même temps le programme d'une organisation sainement conçue.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à la technique de l'architecture médicale. L'auteur y développe ses vues sur le programme hospitalier et étudie ensuite l'organisation d'un centre médical. Un exposé très complet donne ensuite des détails sur les problèmes relatifs à l'organisation de l'enseignement au sein de ce centre.

Les plans d'un centre pour 750.000 habitants illustrent les thèses défendues par l'auteur.

En ce qui concerne l'organisation d'un centre médical, M. Walter est comme on le sait, en faveur de la centralisation très poussée des divers services, pour exploiter au maximum les avantages découlant de la circulation verticale. Son projet de la **Cité hospitalière de Lille** et son étude pour un **Centre médical pour une ville de 750.000 habitants** constituent des applications très caractéristiques de sa théorie.

Les deux projets s'inspirent de considérations fonctionnels très strictes. La disposition des divers services y compris celle des unités de soins y est subordonnée aux nécessités de la circulation verticale. L'auteur du projet arrive ainsi à créer un organisme qui a beaucoup de points communs avec un mécanisme soigneusement étudié. Pour arriver à ses fins, M. Walter sacrifie délibérément les nécessités découlant de l'orientation, considérés jusqu'ici comme sacro-saints par les théoriciens et les praticiens de la construction hospitalière.

L'auteur prétend dans son ouvrage qu'un éclairage, un chauffage et une ventilation appropriée compensent largement l'orientation Sud des bâtiments d'hospitalisation.

Il est hors de doute qu'il y a une part de vérité dans cette affirmation. Néanmoins, la question se pose de savoir si on est en droit de sacrifier, pour arriver à un rendement optimum, en plus de l'orientation, l'intimité nécessaire aux diverses unités de soins. Nous ne sommes pas de cet avis et nous pensons que sur ce point, M. Walter a en quelque sorte dépassé l'objectif qu'il s'était tracé.

En ce qui concerne les vues émises sur la nécessité de la spécialisation en matière d'architecture hospitalière ainsi que sur les autres questions d'organisation, nous ne pouvons que souscrire aux opinions émises par l'auteur.

L'HOPITAL FRANÇAIS, par Henri THOILLIER, 2[e] édition. Numéro spécial hors série de la Revue « Techniques Hospitalières, Sanitaires et Sociales », 6, square Desaix, Paris (15[e]). 339 pages. Texte en français.

Une deuxième édition de l'ouvrage de M. Thoillier vient de paraître. Nous profitons de cette occasion pour donner à nos lecteurs un aperçu de cette dernière.

L'auteur indique que l'objectif qu'il s'était fixé était de retracer l'organisation complète des hôpitaux de France. Il tient à nous avertir dès le début qu'il ne s'agit pas d'une étude purement technique mais aussi humaine. L'organisation tout entière de l'hôpital ne peut être examinée que du piont de vue des avantages qu'il procure au malade.

« Qu'est-ce qu'un malade ? Trop souvent encore un « patient », un « cas », ou bien — pour les statistiques — une « abstraction », une « unité »...

« Comment s'étonner, alors, que cet être soumis aux lois naturelles — car le malade n'est pas, hélas! un phénomène — que cet être qui souffre, éprouve à son entrée à l'hôpital des craintes, de l'inquiétude, parfois même de l'angoisse ! A-t-on vraiment fait tout ce qui pouvait être fait afin que l'hôpital ne soit plus pour le pauvre ce lieu menaçant où un corps endolori ou mutilé vient avec appréhension chercher ce repos, ces soins que n'a pu lui donner une société insensible ? »

L'ouvrage est divisé en 3 chapitres qui traitent successivement de la situation matérielle et morale du malade, du rôle joué par le praticien, le directeur, l'économe et l'architecte dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital.

Le chapitre premier contient des détails intéressants sur l'organisation de la vie du malade (bien-être, visites, distractions, réadaptation à la vie normale). Dans le deuxième chapitre l'auteur passe en revue les fonctions du praticien exerçant au sein de l'hôpital et les moyens dont il dispose en vue de l'accomplissement de sa tâche. Les divers services de diagnostic et de thérapeutique sont soigneusement étudiés à cet endroit; le même chapitre contient une description du rôle joué par l'infirmière et de l'organisation rationnelle de son travail.

Le troisième chapitre se rapporte au Directeur de l'hôpital, et d'une façon plus générale à l'organisation administrative des établissements sanitaires, le quatrième chapitre à l'organisation des services de l'économat (cuisines, lingeries, buanderie et économat proprement dit), le cinquième décrit d'une façon peut-être un peu trop succinte le rôle joué par l'architecte dans la conception et de l'ingénieur dans l'exécution des projets d'hôpitaux.

L'auteur résume brièvement à cet endroit les diverses tendances qui se manifestent en matière de construction hospitalière : il s'agit du système pavillonnaire et du système « bloc en hauteur ». Il est d'avis que l'hôpital français doit concilier les deux tendances et indique en même temps la solution qui lui paraît la plus favorable et qui consiste dans la création de plusieurs blocs groupant les divers services.

Nous nous permettons de formuler sur ce point des réserves. Nous pensons avoir attiré en maints endroits de ce volume l'attention du lecteur sur les avantages de la centralisation, qui, si elle peut comporter des exceptions dans certains cas déterminés (pavillons pour contagieux, maternité, T.B.C., etc.) ne constitue pas moins la règle à suivre dans la mesure où l'on veut arriver à une organisation économique et rationnelle de l'hôpital.

L'existence d'un bloc-cuisine ou d'un bloc séparé d'administration se justifiait dans un système pavillonnaire. Elle n'a plus de raison d'être dans les systèmes actuels. La plupart des hôpitaux de l'Assistance publique, construits à l'époque « pavillonnaire » avaient une organisation coûteuse et peu efficace et fournissent à ce titre la meilleure preuve de la nécessité où nous nous trouvons de centraliser les services dans la plus large mesure possible.

Ce n'est que par ce moyen que l'on arrivera à tirer parti du personnel et à faire vivre l'hôpital d'une façon économique.

Cette réserve étant faite, nous pouvons souligner la valeur indiscutable de l'ouvrage. Il constitue un réservoir de renseignements précieux pour tous ceux qui s'intéressent à la question de l'organisation ou à proprement parler à la question de la **réorganisation** de l'hôpital français.

HOSPITALS. Integrated Design (Organisation fonctionnelle des hôpitaux), par Isadore ROSENFIELD. Reinhold Publishing Corporation, 330 West, 42nd Street, New-York (U.S.A.). 308 pages. Texte en anglais.

L'ouvrage résume les conceptions de l'un des spécialistes les plus connus des Etats-Unis sur les divers problèmes de l'Architecture hospitalière.

L'auteur de l'ouvrage se défend d'avoir voulu écrire un « manuel » et conférer à ses conceptions personnelles la valeur de normes générales; il n'en reste pas moins vrai que ce livre contient plus que de simples points de vue.

L'Architecture hospitalière a connu aux Etats-Unis, durant ces dernières années un développement sans précédent. L'auteur de l'ouvrage a participé activement à cette étape par un grand nombre de travaux, et nombre de ses points de vue sont devenus de vrais normes de l'Architecture hospitalière outre-Atlantique.

Avant d'entreprendre l'étude de l'organisation des hôpitaux, l'auteur soumet à une analyse serrée l'organisation sanitaire des Etats-Unis. Il démontre que malgré le pourcentage relativement élevé du nombre de lits par habitant (10,6/1.000), le système présente des déficiences notables; la répartition des divers établissements sur le territoire des Etats-Unis est très inégale et l'équipement d'un bon nombre d'hôpitaux est encore très rudimentaire. D'autre part, les taux d'occupation des divers établissements varient fortement selon qu'il s'agit d'hôpitaux privés (taux réduit) ou d'hôpitaux publics (taux très élevé).

Comme suite logique de cette partie critique, l'auteur préconise la création d'un réseau sanitaire englobant tout le territoire des Etats-Unis. Le réseau serait constitué par 3 éléments principaux : le **centre médical** de la grande ville, **l'hôpital général** de la ville moyenne et le **centre de santé** d'une communauté donnée. La conception de l'auteur est en beaucoup de points identique à celle du **Plan de coordination des Services de Santé des Etats-Unis**. Elle en diffère par le rôle conféré au centre médical, vraie cité hospitalière, et l'absence de l'hôpital dit « rural », qui s'intercale entre l'hôpital général de la ville moyenne et le centre de Santé d'une localité donnée.

Les chapitres suivants de l'ouvrage sont consacrés à une étude très serrée des divers éléments constitutifs de l'hôpital général : l'unité de soins, les services adjoints de diagnostic et de thérapeutique, les laboratoires, les services de consultations externes, la maternité et la pédiatrie, les services annexes (administration, services généraux).

Citons en même temps le chapitre sur les hôpitaux spécialisés (maladies chroniques) et sur les maisons de cure et de convalescence.

Dans chacun de ces chapitres, l'auteur décrit l'état d'avancement de la science médicale. Il recherche ensuite la meilleure organisation qu'il convient de donner aux divers services ou aux divers établissements en fonction des postulats ainsi établis.

A l'appui des thèses invoquées l'auteur fournit une documentation abondante. Une grande partie de ces dernières ont été élaborées par l'auteur ou ses collaborateurs. — H. S.

RECTIFICATION

Nous attirons l'attention du lecteur sur les rectifications suivantes à apporter à la légende des **Plans de masse** : AD sur fond rouge signifie **admission**; PS sur fond noir, **personnel**; UR sur fond rouge, **urgences**; VE sur fond noir, **vestiaires**.